ROK X. WARSZAWA, 1936, KWIECIEŃ ZESZYT IV.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉ À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

Doświadczenia i wyniki własne z Laparophosem w chirurgji jamy brzusznej w porównaniu z innemi

Podał.

DR. JANUSZ PETER.

(Dyrektor szpitala w Tomaszowie Lubelskim).

Jak wiadomo, w 1932 roku ogłosił *Havlicek* poraz pierwszy swoje wyniki na międzynarodowym zjeździe lekarzy w Kopenhadze. W ślad za tem, w ciągu ostatnich dwóch lat, pojawiały się publikacje, w których pominięto niemal zupełnie teoretyczną stronę, a zajęto się tylko praktyczną. Wychodzono ze słusznego zresztą założenia, że jest rzeczą fizjologów zająć się znaczeniem, wpływem i mechanizmem naświetlania promieniami pozafiolkowemi. Chirurgom chodziło głównie o wyniki, osiągnięte zaś podali do wiadomości. Po przeglądnięciu wyników, uzyskanych przez rozmaitych chirurgów, którzy zajęli się wypróbowaniem metody Havlicka, okazuje się, że tak one, jak i zdania, co do wartości nowego sposobu, są rozmaite. Według sądu możnaby wyłonić trzy grupy. W pierwszej, bezwzględnych zwolenników, widzimy *Henryka Paschouda* z Lozanny, w drugiej, najliczniejszej, zajmującej stanowisko przychylne: *G. Breitnera* z Insbrucka, *R. Nicole'a* z kliniki bazylejskiej, *H. Nowotnego* z oddziału prof. *Demla* we Wiedniu, — w trzeciej, sceptyków, względnie krytycznie usposobionych, Szwajcarów: *Clairmonta* z Zurychu i *Brunnera;* Austrjaków: *Urbana* z Linzu i *Stoekera* z kliniki w Grazu, wkońcu Czecha *Erkesa* z Trutnowa. Osobiście, na podstawie swych, dotychczasowych wyników, przyłączam się do grupy drugiej.

Godzi się podkreślić zarazem na wstępie, że żaden, z wyżej wymienionych chirurgów, nie przeprowadzał zabiegów, ściśle według zaleceń Havlicka: 1) operowania wyłącznie w znieczuleniu miejscowem, 2) zaniechania usuwania ropy z jamy brzusznej, 3) szczelnego zamykania jamy brzusznej w jej ropnych zapaleniach, po naświetleniu trzewi i sieci, 4) wstawania ze stołu operacyjnego o własnych siłach, a nawet udawania się do przeznaczonego pokoju, 5) zaniechania w okresie pooperacyjnym stosowania przetworów makowca, ko-

feiny i wyciągów tylnego płata przysadki mózgowej, jako obniżających zasób zasad we krwi. Zgodnie posługiwali się jedynie laparophosem, pozatem postępowali albo na dotąd utartą modłę, lub też uwzględniali kompromisowo pewne punkty, inne zaś pomijali. Tem samem więc wysuwanie jakichś ostatecznych wniosków należałoby uznać za przedwczesne, choć niekiedy argumenty przeciwko poszczególnym zaleceniom *Havlicka* silnie przemawiają do przekonania i wydają się uzasadnione.

Pozatem uderza inna rzecz: żaden z chirurgów nie przedłożył dostatecznie obfitego materjału. Pochodzi to stąd, że dany materjał, dla celów porównawczych, dzielono na dwie części, powtóre upłynął za krótki czas od pierwszego ogłoszenia wyników *Havlicka,* wkońcu, wrazie dysponowania nawet bogatym materjałem, poddano kategorję przypadków chirurgicznych, w której dotąd uzyskano dobre wyniki, z niewielką śmiertelnością, zwykłemu, przyjętemu ogólnie sposobowi leczenia. *Breitner* zdołał zebrać 14 przypadków, *Paschoud* 2, *Nicole* 44, *Nowotny* 62, *Soeker* 20, *Zając* (Rydułtowy na Śląsku) 20. W przekonaniu, że nawet skromne dane mogą rzucić pewne światło na poruszony problem, choćby dla celów porównawczych, — podaję własnych 54 spostrzeżeń. Zdaję sobie przytem w pełni sprawę, że o wartości nowej metody leczniczej zadecydują kliniki i większe szpitale. Jak długo to nie nastąpi, niejeden napewno chirurg, znęcony świetnemi wynikami inicjatora, będzie gromadzić spostrzeżenia, by wyrobić sobie własny sąd. Rezultaty zaś *Havlicka* są bezsprzecznie świetne. Miał bowiem na 108 przypadków, które do dziś niewątpliwie wzrosły, — zaledwie jedno zejście. Reszta została wyleczona, bez jakichkolwiek, poważniejszych powikłań, dostatecznie znanych każdemu, czyto w postaci ograniczonych ropni w jamie brzusznej, w zatoce odbytniczo - macicznej Douglasa, zakrzepów, zawałów, czy też zapaleń płuc i t. p. Ile jednak w wymienionej liczbie było ograniczonych zapaleń otrzewny, ile zaś rozlanych, tego Havlicek nie podaje. Powinien zaś był uwzględnić taki podział, ze względu na pierwszorzędne znaczenie, jakie posiada ten szczegół dla całokształtu zagadnienia. Według odczytu *Breitnera* i dyskusji, która się wyłoniła w 1934 roku na 10-tem zjeździe lekarzy alpejskich, wszystkie miały się tyczyć rozlanego zapalenia otrzewny. Dało to asumpt *Erkesowi,* sąsiadowi *Hawlicka,* do podania w wątpliwość wyleczenia tak wielkiej ilości przypadków z peritonitis diffusa, w ciągu trzech lat, w szpitalu, z rocznym stanem chorych od 1200 do 1500 (nie operacyj). Możliwe, że w owych 108 przypadkach, rozlane zapalenie otrzewny stanowiło poważną część. Przypatrzywszy się bliżej stosunkom, panującym w okręgu szpitalnym żeclarskim, w którym pracuje Havlicek, mogę śmiało przyznać, że w tym ośrodku przemysłowo-górniczym, przypadki zaniedbane należą do rzadkości, w przeciwieństwie do mego, wybitnie rolniczego, do tego spauperyzowanego w ostatnich latach. Im wyższa kultura materjalna, tem mniej uchylających się od pomocy fachowej, tem mniej wyczekiwania i zdawania się na los. Poza zaniedbaniem należałoby raczej przyjąć inną rzecz, doprowadzającą do rozlanego zapalenia otrzewny. Wiemy, że następuje ono w najkrótszym czasie np. w zgorzeli nasady wyrostka robaczkowego i, że z niej sprawa uogólnia się na całą jamę brzuszną, przyczem nie poprzedzają jej dolegliwości większe. Nieznaczność, a nawet brak ich zupełny, tłumaczymy sobie swobodnym odpływem wysięku zapalnego z nasady do kątnicy, tak, że dopiero po przedziurawieniu wyrostka występują groźne objawy. Jeśliby zaś w owej, kwestjonowanej liczbie, była i poważniejsza część z rozlanem zapaleniem otrzewny, to możnaby uzyskany świetny efekt przypisać ściślemu przestrzeganiu wspomnianych zaleceń. *Havlicek* bowiem jest zdania, że to ma decydujące znaczenie na jakość wyników. Rozumie się dla wyrobionego chirurga. Gorsze wyniki, uzyskane przez innych, leczących naświetlaniem, należałoby odnieść właśnie do nieścisłego wypełnienia jego zaleceń. Wszyscy bowiem, posługujący się laparophosem, nie odrazu zrezygnowali z metody, którą się dotąd posługiwali, lecz z nową wchodzili w kompromis. Np. dokonywali zabiegów w uśpieniu eterowem, zamiast w znieczuleniu miejscowem, sączkowali jamę brzuszną, zamiast zaszywać ją szczelnie i t. p. Inna rzecz, że pobudki takiego postępowania są aż nadto zrozumiałe. Niemal każdy, zaznajamiający się z jakąś inowacją, przyswaja ją sobie, przechodzi do obozu jej zwolenników, dopiero po przekonaniu się o jej pełnej wartości. Siła przyzwyczajenia, doświadczenie „szkoły", z której się wyszło, lub której się hoł-

duje, rutyna, zakorzenione pojęcia, podtrzymane autorytetem powag naukowych, przyjęta ogólnie zasada, wreszcie — liczne rozczarowania lekarzy, po różnych, pojawiających się z hałasem nowościach, zapadających się szybko w cień — nakazują zrozumiałą wstrzemięźliwość. Do nowej rzeczy podchodzi się drogą znaną i opanowaną, gdyż nie najlepszą jest metoda najlepsza, lecz ta, którą ktoś najlepiej umie się posługiwać. Pozatem we własnych dociekaniach mogą zniechęcająco wpłynąć spostrzeżenia dorywcze, poczynione na małym i nieodpowiednio dobranym materjale. W takim wypadku nie można zwalać winy na karb metody, ani nie należy dać się odstręczyć kilkoma, choćby bolesnemi zawodami.

Dzieląc się swemi spostrzeżeniami zaznaczę, że decydujące znaczenie powinny mieć nie wyniki z ostremi, czy przewlekłemi zapaleniami wyrostka robaczkowego, lecz z ropnemi, rozlanemi zapaleniami otrzewny. Pierwsze bowiem, po zastosowaniu utartego dotąd postępowania chirurgicznego, dają minimalną śmiertelność. (Według zestawienia, podanego przez *Glatzla*, ogólna śmiertelność z ostrego zapalenia wyrostka rob. wynosi 5,4%, u *Michejdy* 5,8%. Liczby te, w porównaniu z obcemi są nawet lepsze, np. u *Mathieu* = 7,1%). Otóż *H. Paschoud* sposobem *Havlicka* wyleczył 2 przypadki, *Breitner* na 14 podobnych, po przedziurawieniu wyrostka rob. stracił 2. Jak widzimy różnica pomiędzy wynikami *Havlicka*, a ostatniego jest znaczna. *Breitner* też pierwszy, nie uzyskawszy spodziewanych, lepszych od dotychczas osiąganych wyników, doszedł do przekonania, tylko nie w tak oziębły sposób, jak *Clairmont*, iż na podstawie niewielkiego materjału, nie może zająć decydującego stanowiska i, że dalszy ciąg należałoby zostawić klinikom, rozporządzającym większą ilością chorych.

Drugim, który ogłosił wyniki, był *Stoecker* z kliniki *Walzla* w Gracu. Sposobem *Havlicka* leczył 20 przypadków: 7 przedziurawień żołądka i dwunastnicy (2 zejścia), 10 przedziurawień wyrostka robaczkowego (2 zejścia) i 3 rozlane zapalenia otrzewny, wywołane pneumokokami (2 zejścia). Co do ostatnich, zauważę mimochodem, że otwieranie jamy brzusznej było niepotrzebne. Albowiem można oczekiwać daleko pewniejszych wyników bez jej otwierania, jedynie wstrzykiwaniami do jamy otrzewnowej surowicy pneumokokowej. Z dwóch przypadków, które miałem w swem leczeniu, oba zostały uratowane tym sposobem. Jeden z nich, 10 letnia dziewczynka została wypisaną do domu z poprawą i dalej w ten sam sposób była leczoną ambulatoryjnie przez lekarza szkolnego, który jedynie igłą wypuszczał nadmiar ropy z jamy otrzewnowej, poczem wstrzykiwał surowicę. Wyzdrowienie po kilku miesiącach przez samoistne przebicie ropy w pępku.

Trzecim z rzędu donoszącym był *Zając* z Rydułtowa (Lecznica Bracka) z 20 przypadkami wyleczonemi. W tej liczbie również niektóre z peritonitis diffusa. Brak bliższych danych w krótkiej wzmiance protokółu Zebrania Naukowego. Wszystkie zabiegi przeprowadzał w uśpieniu eterem.

Następnie ukazała się szczegółowsza publikacja *R. Nicole'a* z 44 przypadkami. Wyniki: a) 8 przedziurawień żądka i dwunastnicy (2 zejścia). Przebieg u leczonych sposobem *Havlicka* nie różniący się niczem od przebiegu, poddanych naświetleniu. We wszystkich przypadkach pozostawiono dren gumowy w jamie brzusznej. b) 14 przypadków wyleczonych przedziurawień wyrostka rob.; z tych u 10 zaszyto jamę brzuszną na głucho i u tych był przebieg daleko pomyślniejszy, aniżeli u reszty, którym pozostawiono dren w jamie brzusznej. c) 22 ostre zapalenia wyrostka rob. Z tych 10, objętych zgorzelą. W ostatnich pozostawiono dren w jamie brzusznej.

Największą ilość spostrzeżeń podał niedawno *H. Nowotny*. Jednak i na podstawie jego 62 przypadków nie można pewnie stwierdzić, by śmiertelność miała się zmienić na lepsze, po poddaniu naświetlaniu ropnych, rozlanych zapaleń otrzewny. Z jego zestawienia uderza jedna rzecz: oto na oddziale, na którym podjęto kontrolę sposobu *Havlicka*, przeznaczono do tego zaledwie trzecią część przypadków, $^2/_3$ zaś poddano zabiegom w sposób zwykły, w narkozie, bez naświetlania. W obu grupach porównano następnie odpowiadające sobie przypadki. Osiągnięte wyniki przedstawiają się następująco: z 8-miu przedziurawionych wrzodów żołądka i dwunastnicy, leczonych sposobem *Havlicka*, zmarło 2; ze 7-miu nienaświetlanych 1; z 7-miu naświe-

tlanych, z rozlanem zapaleniem otrzewny po przedziurawieniu wyrostka rob. zmarło 2; z 8-miu nienaświetlanych 1. Zatem z 15 naświetlanych przypadków zmarło 4. Wszyscy byli w podeszłym wieku od 58 — 70 lat i wszyscy byli poddani zabiegom w terminach spóźnionych, powyżej 12-tu godzin po przedziurawieniu. Z 23-ch naświetlanych, z ostrem zapaleniem wyrostka rob. z ograniczonem zapaleniem otrzewny, lub bez, jedno zejście śmiertelne, w 7 dni po dokonaniu zabiegu, naskutek rozprzestrzenienia się sprawy na całą jamę brzuszną. W drugiej kategorji, na 151 przypadków, operowanych sposobem zwyczajnym, zaledwie jeden zgon, spowodu zrazikowego zapalenia płuc.

Wyniki te właściwie nie wyjaśniają wartości sposobu leczniczego *Havlicka*, ponieważ poza techniką naświetlania, pominięto w zupełności wszystkie inne jego zalecenia. I tak, we wszystkich rozlanych i we większych, umiejscowionych zapaleniach ropnych otrzewny, pozostawiono dren w jamie brzusznej. Następnie, w większości przypadków dokończono zabiegu w uśpieniu chlorkiem etylu, lub eterem. Dalej: wszystkich chorych po zabiegu przewożono do łóżka, a w okresie pooperacyjnym, w celu uśmierzenia bólów, zamiast zalecanej novalginy, stosowano przetwory makowca.

Przechodząc do moich przypadków — niestety — nie we wszystkich potrafiłem się nagjąć do szczelnego zamykania jamy brzusznej. Postępowałem również kompromisowo, zanim znane mi było z piśmiennictwa, że i inni postępowali w ten sposób. Pozatem wszystkie inne zalecenia *Havlicka* wypełniłem skrupulatnie. Z ogólnej liczby 54 przypadków (nie wliczając do nich 6 zapaleń szpiku kostnego, ropowic, trepanacji czaszki, fixatio uteri modo Alexander - Adams i t. p.) leczyłem: 3 rozlane zapalenia otrzewny, 6 zgorzeli wyrostka robaczkowego z przedziurawieniem i ropniami okołokątniczemi, 2 appendicitis phlegmonosa, 10 appendicitis acuta i chronica, 13 przepuklin uwięźniętych, 14 skośnych, udowych z jedną brzuszną, 1 wnętrostwo, 3 urazowe przebicia brzucha z wyłonieniem jelit, 1 przebicie żołądka. Cztery ostatnie naświetlane były vitaluxem, przebicie urazowe żołądka (zarazem opłucny i przepony) operowano w uśpieniu eterem, dwa odjęcia wyrostka rob. spowodu zrostów dokończono również w narkozie eterowej.

Wszystkich trzech przypadków rozlanego zapalenia otrzewny, przybyłych do leczenia in extremis, nie zdołałem uratować. Były to:

1) Agafia D. lat 40. Wywiady: od 4-ch tygodni boleści w dolnej części brzucha, od kilku dni ostatnich wymioty, biegunki. Dzień przed przybyciem do szpitala poród, 6-ty z rzędu. Noworodek podobno donoszony, nieżywy. Stan w dniu przybycia (3.IX.1935 r.) charłactwo, sinica, tętno ledwie wyczuwalne, brzuch bardzo silnie wzdęty, wypuk bębenkowy. W położeniu nabocznem wypuk ten przechodzi w boku u podstawy w stłumienie. Igłą, z ostrzem ściętem krótko, jak do odmy, nakłuto jamę brzuszną, poniżej pępka, wypuszczając nagromadzony gaz cuchnący, po sklęśnięciu, ropę gęstą, ile jej samorzutnie mogło się przez igłę wydostać. W rozmazie ropy łańcuszkowce i pałeczki ruchome, najprawdopodobniej okrężnicy. W znieczuleniu miejscowem, w linji pośrodkowej, poniżej pępka, otwarcie jamy brzusznej, z cięcia długości około 10 cm. Ropa zasłania całkowicie trzewia. Na powierzchni ropy widoczne oczka tłuszczu. Po odpompowaniu nadmiaru ropy odsłaniają się trzewia i sieć zapchnięte wysoko ku górze. Pokryte są grubym nalotem ropnowłóknikowym, w sposób jednolity. Uciśniecie palcem jelita nie powoduje jego kurczenia się (wręgu). W jamie brzusznej panuje spokój grobowy. Miejsce wyjścia sprawy najprawdopodobniej przydatki (pyosalpingitis). Sieć i jelita zrośnięte, nie dają się podciągnąć, tak, że podłużono ranę, rozszerzono ją hakami i naświetlono wprost, części zaś boczne przy pomocy odbitego światła w zwierciadle. Po 25 minutach zaszyto szczelnie jamę brzuszną, poczem chora sama wstaje ze stołu operacyjnego i bez pomocy udaje się do swego pokoju. Zgon w śnie po 4-ch godzinach. Powyższy przypadek nie rokował najmniejszej nadziei. Gaz i ropę wypuszczono, by przynieść ulgę chorej i możność snu, gdyż od kilku dni „nie zmrużyła oczu". Do znieczulenia cienkiej, naskutek rozciągnięcia, powłoki brzusznej, wystarczyło niespełna 20 cm³ 1‰ roztworu perkainy. Po ukończeniu naświetlenia (Havlicek radzi w takich, najcięższych przypadkach 6 minutowe naświetlanie lampą kwarcową, bez nakładania przed jej palnikiem filtra) — uderzyło przybranie żywszej barwy przez blade dotąd trzewia, poprawa tętna i wybitna poprawa samopoczucia.

2) Marcin Z. lat 26. Wywiady: chory od dni 7-miu. Dreszcze, wymioty, ból brzucha, początkowo w prawej, dolnej ćwiartce, po 3-ch dniach rozszerzył się na cały brzuch. Od 2-ch dni silne osłabienie, przy próbach wstawania, a nawet siadania na łóżku popada w omdlenia. W dniu przyjęcia: (17.X.1935 r.). Brzuch deskowaty, dość silnie wysklepiony, bolesny; język suchy, rysy twarzy zaostrzone, oczy wpadnięte, sinica kończyn, uszu, warg. Tętno nitkowate, zapalenie oskrzeli. Z cięcia Sprengla, w znieczuleniu miejscowem, dojście do zgorzelinowego i przedziurawionego wyrostka robaczkowego. Przy otwarciu jamy brzusznej wylanie się około 1 litra cuchnącej ropy. Po odjęciu wyrostka rob. i wycięciu części zgangrenowanej sieci naświetlenie kilku zwojów jelit przez

około 25 minut. Zaszycie szczelne jamy brzusznej, sączek pod skórę. Chory po zabiegu wstaje sam i udaje się o własnych siłach do łóżka (pomimo, że przed zabiegiem do tego nie był zdolny). Otrzymuje 2 litry płynu fizjologicznego podskórnie, 40 cm³ 20% glukozy dożylnie, środki nasercowe. Po dość spokojnem, trwającem kilka godzin zdrzemnięciu się, stan zaczyna się spowrotem pogarszać. W niespełna 20 godzin po zabiegu zgon.

3) Andrzej S. lat 28. Wywiady: boleści w dolnej części prawej brzucha od przeszło 1 tygodnia. Pomimo nich oddaje się lżejszym zajęciom gospodarskim. Przed 3-ma dniami, podczas dźwigania deski, wzmogły się nagle bóle i objęły wkrótce cały brzuch. Wymioty. Udał się do lekarza, który przepisał środek przeczyszczający. Nastąpiło pogorszenie. Stan w dniu przyjęcia: (4.I.1936 r.). Sinica, facies Hippokratica. Język podsychający, obłożony. Chory mokry od ustawicznego cucenia go przez towarzyszących krewnych. Brzuch zapadnięty, bolesny na dotyk, twardy. Na skórze brzucha oparzenia po okładach gorących. Tony serca głuche, tętno słabo wyczuwalne, przyśpieszone. W moczu białko. Prawostronne zapalenie oskrzeli. Z cięcia skórnego, w znieczuleniu miejscowem perkainą 1°/₀₀, otwarcie jamy brzusznej, w której stwierdza się skąpą ilość ropy; przeważają zlepy. Otrzewna ścienna bez połysku, matowa, trzewna z licznemi wybroczynami. W sieci, w jelitach i w krezkach silnie nastrzykane naczynia, ciemno wiśniowe, twarde, skutkiem zaczopowania ich. Niektóre części krezek i jelit wykazują zabarwienie szarawe. Sieć w całości szara, lepka, z zaczopowanemi naczyniami, tak, że nie broczy, pomimo odcięcia jej tuż przy poprzecznicy. Perforacja i gangrena wyrostka rob. u jego nasady. Odjęcie wyr. rob. naświetlanie możliwie największej ilości pętli jelit przez pół godziny. Następnie do jamy brzusznej wlano 50 cm³ antivirus Besredki i zaszyto ją na głucho. Sączek popod skórą. Chory wstaje ze stołu i udaje się bez pomocy do łóżka. Zapewnia krewnych, którzy odwiedzają go tuż po zabiegu, że czuje się lepiej. Otrzymuje 2 litry infuzji, dożylnie cukier gronowy w roztworze 20%, ol. kamforowy. Ból zmniejszył się wybitnie. Przez około 10 godzin stan bez zmiany, poczem występuje podniecenie, podejrzliwość, nieufność do otoczenia, chęć ucieczki. Po 24 godzinach przewieziony do separatki, korzysta z chwilowego odejścia pielęgniarki, wyskakuje z okna, z wysokości około 2-ch metrów i umyka. Przyłapany stawia silny opór. W 3 dni po zabiegu zgon, spowodu stale zwiększającej się niedomogi mięśnia sercowego. W ostatnim przypadku wszelka ingerencja chirurgiczna, po stwierdzeniu zaczopowania naczyń krezki była zgóry przesądzona. Uderzająca jednak była zmiana na lepsze tuż po zabiegu. Zmiana ta była tak wyraźną, że zachwiała pierwotne, złe rokowanie. Czynność serca poprawiła się wybitnie, zmniejszyła się sinica. Pomimo stwierdzenia w jamie brzusznej „spokoju grobowego", odżyła perystaltyka, nastąpiło oddanie stolca.

b) 6 przypadków przedziurawienia wyrostka robaczkowego z ropniami okołokątniczemi. W jednym tylko zaszyto szczelnie jamę brzuszną, bez sączka podskórnego. U tego chorego przebieg daleko krótszy i łagodniejszy, aniżeli u pozostałych, którym pozostawiono dren w jamie brzusznej. Przebieg jego bezgorączkowy. W 8-ym dniu skąpy wyciek ropy w dolnym końcu rany operacyjnej. W pozostałych pozostawiano w zachyłku kątniczym tasiemkę gumową. Wyleczenie wszystkich w przeciętnym czasie 17 dniowym.

c) Appendicitis phlegmonosa (zaszycie szczelne, wylecz.).

d) 10 przypadków appendicitis acuta i chron, bez peritonitis circumscripta. Brak powikłań. Przeciętny czas leczenia 12 dni. (usuwanie szwów uskuteczniam zreguły w 9-tym dniu po zabiegu).

e) 13 przypadków przepuklin uwięźniętych skośnych i udowych. 1 zgon. (W niespełna 24 godzin po zabiegu. Agnieszka W. lat 48 zgłosiła się w 5 dni po uwięźnięciu przepukliny, istniejącej od lat. Ogólne wyniszczenie. Wycięcie zgorzelinowej części jelita i krezki). Przeciętny czas leczenia 15 dni.

f) 14 przypadków wylecz. przepuklin zwykłych, skośnych pachwinowych, udowych i jednej brzusznej.

g) Reszta wyliczona wyżej.

Niektóre z zaleceń *Havlicka* należałoby pokrótce rozpatrzeć. Uwagi swe ograniczyłbym do: 1) powikłań w okresie pooperacyjnym, 2) znieczulenia miejscowego, 3) kwestji wstawania po dokonaniu zabiegu, 4) zamykania szczelnego jamy brzusznej z ropą, 5) laparophosu.

1) Okazuje się po przeglądnięciu zestawień, że powikłania występują, nawet w wypadku najściślejszego przestrzegania zaleceń, podanych przez *Havlicka.* Częstotliwość ich występowania jest różną u rozmaitych chirurgów. Przytaczam je poniżej, przypominając raz jeszcze, iż nie powinny być w pełni brane pod uwagę, ponieważ wystąpiły w przypadkach wprawdzie naświetlanych, lecz bez zachowania u nich wszystkich innych zaleceń H.

Nowotny na 62 przypadków stwierdził w 3-ch zapalenie płuc, nadmienia jednak, że we wszystkich tych przypadkach spostrzeżono przed zabiegiem zapalenie oskrzeli. W 23-ch odjęciach wyrostka robaczkowego wystąpił zaciek w 3-ch. W 151 przypadkach ostrego zapalenia wyrostka rob. niepoddanych naświetleniu, było w 12-tu zapalenie oskrzeli, w 2-ch ropnie zatoki Douglasa, w 3-ch gojenie pośrednie, w 1 ileus.

Z danych *R. Nicole'a* wynika, że poważne powikłania wystąpiły właśnie w tych razach, kiedy pozostawiono sączek w jamie brzusznej. Z 14-tu przedziurawień wyrostka rob. w 4-ch były: 2 zawały płuc i 2 ropnie śródbrzuszne; w pozostałych 10-ciu, ze szczelnem zamknięciem jamy brzusznej, wystąpiły zaledwie 3 ropnie podskórne, u 7-miu pozostałych rychłozrost.

Breitner nie zauważył groźniejszych powikłań, poza dwoma ropniami podskórnemi.

W mych przypadkach wystąpiły: dwukrotnie nieżyt oskrzeli i dwakroć zaciek; jeden rozległy z różą, drugi nieznaczny. Pozatem w niektórych arytmia, bębnica i t. p. Przebieg był łagodniejszy, aniżeli w przypadkach, operowanych w uśpieniu.

Ogólnie zatem, poza samym Havlickiem i jego przyjacielem *Paschoudem*, nastrój co do wartości podanej metody nie jest nadzwyczajnie optymistyczny, a wyniki nie tak świetne jak u *Havlicka*. Są takie same, jakie osiąga się bez naświetlania. Możliwe, że poprawią się po ścisłem zastosowaniu się do zaleceń inicjatora. Narazie nie zauważono, by śmiertelność miała się stać mniejszą. Również nie spadła i częstotliwość powikłań pooperacyjnych; wszyscy tylko przyznają zgodnie, że naświetlenie wywiera dodatni wpływ, skoro oględziny pośmiertne wykazują zanikanie nalotów i wydzieliny ropnej, zmniejszenie wybitne i to w niespodziewanie szybkim czasie. Stoi to niewątpliwie w związku z naświetleniem, albowiem przy dotychczasowem postępowaniu chirurgicznem, nie cofają się tak rychło i tak wyraźnie objawy zapalne w jamie brzusznej.

2) *Havlicek* jest bezwzględnie za znieczuleniem miejscowem, inni natomiast przenoszą ogólne. Np. *Zając* we wszystkich swych przypadkach ropnego zapalenia otrzewny stosował narkozę z wynikiem pomyślnym. Większość przychyla się do zdania *Stoekera, Walzla* i innych, że w sprawach ropnych znieczulenie miejscowe bywa niezupełnie i niewystarczające. Mam wrażenie, że walna większość, zabierająca głos w tej sprawie, poprzestawała na znieczuleniu samych powłok brzusznych, a niedostatecznie, lub wcale niedokonywała znieczulenia zatoki kątniczej i krezki. Stąd płynęłoby niezadowolenie. Chcąc zaś zastosować się do zalecenia nieusuwania ropy, musiałoby się na ślepo kierować igłę w zatokę. W takim wypadku potrzeba wpierw serwetkami oddzielić okolicę kątnicy od reszty jamy brzusznej, by stamtąd nie dopływała ropa do pola operacyjnego, usunąć ją z zachyłka, by szczegóły stały się widoczne i wtedy dopiero przystąpić do znieczulenia. Niezadowolenie powinno mieć inne podłoże. Oto zabieg w znieczuleniu miejscowem zabiera ogromnie wiele czasu, daleko więcej, aniżeli w uśpieniu. Postępując jednak cierpliwie, można dostatecznie znieczulić teren zabiegu. Znalazłszy się w jamie brzusznej lepiej nie iść za radą Havlicka i nie używać długiej igły, lecz posługiwać się cienką krótką, gdyż po jej wkłuciu nie broczą ściany zmienione zapalnie. Pozatem uważam perkainę za stosowniejszą do znieczulenia, zwłaszcza w ropnych sprawach, bolesnych, długo ciągnących się i wymagających zwykle dłuższego załatwiania operacyjnego. Używając 1% roztworu nowokainy, musi się dodawać znieczulenie pod koniec większych zabiegów. Odpada to przy stosowaniu perkainy. Nie chcąc w niczem uchybić zaleceniom Havlicka spróbowałem w kilku pierwszych przypadkach wrócić do używanej przed 7-miu laty nowokainy. Już w trzecim przypadku, czy czwartym, poszedłem na kompromis: powłoki brzuszne znieczuliłem perkainą, a krezkę i zatokę kątniczą nowokainą. Nie będąc całkowicie zadowolonym z tej kombinacji, przeszedłem do 0,5‰ roztworu perkainy. Okazało się wówczas, że do znieczulenia całkowitego potrzeba użyć daleko więcej płynu, co pociągnęło za sobą nadmierne przepojenie powłok brzusznych. W obu przypadkach doszło do niepożądanych zacieków, które złożyłem na karb owego przepojenia. Odtąd posługuję się, jak dawniej, wyłącznie roztworem perkainy 1 : 700, przyczem zazwyczaj osiągam zupełne znieczulenie. W jednym przypadku, u 10 letniego chłopca z przedziurawieniem wyrostka rob. w końcowym akcie zabiegu, kiedy odejmowałem wyrostek, przyszedł spokojny sen. Pozatem jedynie w dwóch przypadkach zmuszony byłem dodać narkozę eterową. W jednym, spowodu konieczności założenia dodatkowej rany operacyjnej, któreby pociągnęło za sobą zwiększenie dawki perkainy, będącej blisko wyczerpania; w drugim uśpienie tak krótkie, że chora mogła sama wstać ze stołu i udać się do swego pokoju. Znieczulenia krezki i zatoki kątniczej można zaniechać

jedynie wówczas, jeśli krezeczka wyrostka jest dość długa i wolna, gdyż jedynie wyłanianie na serwetkę bywa bolesne, natomiast samo odejmowanie wyrostka rob. nie sprawia, nawet w stanie zapalnym, daleko posuniętym, większych dolegliwości.

Havlicek, jak i wielu chirurgów, np. z polskich *Ostrowski,* z niemieckich *Kulenkampff,* jak wynika z rozmowy z nimi, przenoszą nowokainę, jako mniej toksyczną, nad perkainę. Pomimo tego posługuję się chętniej perkainą, spowodu dłużej utrzymującego się po niej znieczulenia. W tym względzie jest daleko mniej zawodna, do tego w zabiegach, w których trzeba poświęcić wiele czasu. Upływa go sporo na znieczuleniu zatoki kątniczej, dalej wyrostka, o ile jest w rozległych zrostach, potem trzeba czekać, aż naświetlą się trzewia, z obu stron, wraz ze siecią, nie mówiąc o tem, że samo wyłanianie jelit powinno dokonywać się powoli. Niekiedy niemało upłynie czasu, nim nastąpi ich włożenie spowrotem do jamy brzusznej. Przyznać jednak trzeba, że czynność wkładania idzie zazwyczaj daleko raźniej, bez większego sprzeciwu ze strony brzucha, który np. w niepełnem uśpieniu stara się wytłaczać zawartość na zewnątrz. Dzieje się to dzięki znieczuleniu pętli aktem naświetlania. Pod koniec jego można jeszcze łatwiej wyłożyć na serwatkę nową pętlę, aniżeli to udawało się z innemi, przed naświetleniem. Podczas naświetlenia chory zwykle uspokaja się zupełnie. O jednem tylko nie należy zapominać: o dokładnem osłonięciu brzegów rany operacyjnej, skórno - mięśniowej. W razie niedokonania tego, może się przedostać nagle środek znieczulający, we większej ilości do obiegu krwi, naskutek otworzenia się połączeń tętniczo - żylnych — i wywołać niepożądane objawy. Utrudniają one niepotrzebnie wkładanie pętli do jamy brzusznej i jej zaszycie. Jak wspomniałem o tem w ostatnim mym artykule, przypominają one żywo objawy, występujące przy znieczuleniach lumbalnych.

Z powyższego wynika, iż jestem zwolennikiem znieczulenia miejscowego. Nie podzielam przeto zdania *Stoekera,* by miało być ono nieodpowiednie, wobec stojących nam do dyspozycji innych sposobów. Trzebaby się z tem zgodzić, że wstrząs operacyjny przy użyciu środka miejscowego znieczulającego, jest mniej szkodliwy, aniżeli narkoza. Szkoda zaś, jaką przezeń ponosi ustrój jest nieproporcjonalnie małą do korzyści, osiąganej przez chorego przez uniknięcie narkozy. Wprawdzie zadaniem lekarza jest zwalczać ból, względnie dążyć do jego największego uśmierzenia, usprawiedliwienie jednak tkwi w przeświadczeniu poświęcenia chwilowej korzyści na rzecz tak ważnych narządów, jak serce i płuca. Pod tym względem należałoby raczej przychylić się do zdania *Urbana,* który wypowiada się przeciw znieczuleniu miejscowemu u dzieci, a za narkozą, dla oszczędzenia dzieciom strachu, a lekarzom i asyście krzyków, nie zezwalających na skupienie się.

Kończąc punkt drugi przyznaję, że nowokaina jest mniej toksyczna, za czem zresztą przemawia wiele rzeczy; perkaina natomiast przewyższa ją nieodparcie daleko dłuższem swem działaniem. Po jej użyciu pojawiają się w pierwszych dwóch, trzech dniach po zabiegu symptomy, stojące niewątpliwie w związku z toksycznością perkainy. Skóra prawidłowo dotąd zabarwiona ulega przybladnięciu, język obłożeniu, ślady nieżytu oskrzeli bardzo często się nasilają, niekiedy też pojawia się arytmia. Znikają jednak po kilku dniach. Uzyskuje się zato znieczulenie tego rodzaju, że chory do kilkunastu godzin po zabiegu może bez pomocy zmieniać położenie, a nawet wstać. Korzysta też z ruchów w zakresie dozwolonym przez lekarza, tem ufniej po przeminięciu znieczulenia.

3) Co do wstawania chorych po zabiegu ze stołu operacyjnego i udawania się o własnych siłach do łóżka, rozumie się, że w razie zbytniego osłabienia, lub innych momentów przeciwwskazaniowych, powinni być tacy przewożeni na wózkach. Najlepiej pozostawić to woli i chęci chorego. Jeżeli chory przyszedł do sali operacyjnej o własnych siłach, daleko lepiej wpłynie na jego psychikę, jeśli odejdzie o własnych siłach. Cóż dopiero mówić, jeśli dokona tego samorzutnie, czując się silniejszym po zabiegu, aniżeli był przed nim. Najprościej po ukończeniu operacji zwrócić się do chorego; „można wstać i udać się do łóżka". Zwykle chory, zwłaszcza ze sfer włościańskich, nie dziwiąc się temu, nabiera otuchy, stawia próbne kroki i idzie. Wprawdzie *Erkes* nie daje temu wiary, zwłaszcza, jeśli się tyczy chorych z rozlanem zapaleniem otrzewny, mogę jednak zapewnić,

że z mych trzech przypadków każdy raźniej poruszał się po zabiegu, aniżeli przed nim i, że wszyscy o własnych siłach udali się do łóżka. U takich chorych spadek bolesności jest najprawdopodobniej przyczyną tego, że chętniej wstają i chodzą, aniżeli mniej ciężko chorzy: ci zasłaniają się różnemi wymówkami. Chorzy między 10-tym, a 45 rokiem życia są wstrzemięźliwsi, natomiast dzieci i starsi wiekiem zadziwiająco chętnie korzystają z zezwolenia wstawania. Może najbardziej starzy. Należałoby to podsycać ze względu na łatwość powstawania u nich powikłań ze strony płuc, w wypadku dłuższego leżenia. Np. pewien mój pacjent, 70 letni młynarz, nie mogąc doczekać się dnia, tuż po zabiegu, dokonanym w nocy, kilkakrotnie wstawał i wychodził na korytarz. Oponującej dyżurnej tłumaczył, że, skoro pozwolono mu wstać ze stołu operacyjnego i bez pomocy udać się do pokoju, potem ułożyć się w łóżku, to i nadal nic temu nie powinno stać na przeszkodzie. Inny przykład: staruszka 84 letnia, nietylko, że o własnych siłach udała się do pokoju, ale począwszy od trzeciego dnia po zabiegu (również przepuklina uwięźnięta) stale kilka razy dziennie opuszczała łóżko, by przejść się po sali. Ta sama chora w niecały miesiąc później zgłosiła się powtórnie z przepukliną uwięźniętą, udową po stronie przeciwnej, — której za pierwszą bytnością nie zoperowano, ze względu na wiek posunięty, — i w 8-mym dniu opuściła zdrowa szpital.

Owe natychmiastowe wstawanie wydaje się dziwnem przyzwyczajonym do innego postępowania w okresie pooperacyjnym. Wywołuje pokrewne uczucie, jakie musieli mieć ci, którzy w 1917 roku, w Towarzystwie Chirurgów Paryskich przypatrywali się przypadkom, demonstrowanym przez belgijskiego chirurga *Willemsa,* leczonym metodą szerokiego otwarcia ropniaków stawu kolanowego, z natychmiastowem uruchomieniem czynnem. Chorzy przechadzali się o własnych siłach, bez skrzywienia, a z szeroko otwartych stawów wypływała ropa. Zapewniali przytem, że ruchy czynne nie sprawiają im bólów... Tak samo po zabiegu w jamie brzusznej. Rzecz zrozumiała, że w sprawach ropnych jamy brzusznej zalecana jest jak największa ostrożność. Dlatego też w nich, pomimo pozostawienia sączka w jamie brzusznej, zezwalam wprawdzie na wstanie ze stołu operacyjnego i udanie się do łóżka bez pomocy, lecz dalsze wstawanie uzależniam od mej zgody. Nawet w łóżku nie pozwalam się zbytnio podnosić, lub zmieniać ułożenie bez pomocy pielęgniarki. Jako rekompensatę zalecam wykonywanie ruchów kończynami. Innym chorym, po przepuklinach, lub po zwykłych zapaleniach wyrostka rob. począwszy od trzeciego dnia, niestawiam najmniejszych przeszkód. Część takich chorych korzystała z zezwolenia zaraz od pierwszego dnia po zabiegu.

4) Metoda szczelnego zamykania jamy brzusznej, pomimo stwierdzenia w niej ropy, budzi poważniejsze zastrzeżenia. Nie mniej uzasadnione, jakie np. swego czasu podniosły się przeciwko zanurzaniu w jamie brzusznej kikuta jedynie podwiązanego, bez z. zw. zaotrzewnowania. Wiemy, że w przypadkach szczęśliwych może nastąpić wessanie, wchłonienie ropy. Skoro się jednak przystąpiło do otwarcia jamy brzusznej, powinno się ułatwić jej odpływ, a nie utrudniać przez szczelne jej zamykanie. Zostawiwszy ropę, zamkniętą w pewnym odcinku jamy brzusznej, można zgóry przewidzieć, że wrazie niewchłonienia, owszem powiększenia się jej, znajdzie sobie ujście poprzez miejsce, nie stawiające większego oporu, czyli po zabiegu, przez świeżo zaszytą błonę otrzewnową. Dalej poprzez rozścięgna i skórę, które, albo nie uległy jeszcze zrośnięciu, albo słabo zrośnięte łatwo ustąpią. Pozostawianie przez *Havlicka* i innych sączka popod skórą jest niczem innem, jak pewnego rodzaju wskazywaniem drogi, drogowskazem dla napierającej ropy. Dlatego też *Zając* jest zdania, iż sączek należy stale pozostawiać pod skórą, w przeciwnym razie trzeba później nacinać ropień.

Samo szczelne zaszywanie jamy brzusznej, w jej ropnych zapaleniach, nie jest nowością. Sięga ono jeszcze *Lucasa Championnière. Kelly* jeszcze przed 40 laty zauważył, że sączkowanie jamy zwiększa śmiertelność. Zwolenników szczelnego zaszywania jest dziś bardzo wiele. W Polsce zaszywali ją na głucho: *Tonenberg, Zaorski, Kossakowski* i inni i choć czynili to bez naświetlania promieniami pozafiołkowemi, uzyskali zadawalające wyniki.

5) Lampę kwarcową, odpowiednio chłodzoną i zmontowaną w sali operacyjnej, zwaną laparophosem nie musi się posiadać. Nie można powiedzieć, że jest ona koniecznym sprzętem, bez którego obejść

się nie można. Jakkolwiek brak jej nie może być poczytywanym za błąd w wyposażeniu sali operacyjnej, to jednak z uwagi na dodatni wpływ naświetlenia jamy brzusznej w ropnych, rozlanych jej zapaleniach i możliwość osiągnięcia lepszych wyników — należałoby laparophos zastąpić zwykłą lampą kwarcową. Efekt jest ten sam, jeśli przed jej palnik założy się uwiolowy filter, wzięty z lampy soluxowej. Jeszcze wygodniej byłoby posługiwać się większym, prostokątnym, ujętym w ramki filtrem, poleconym przed 20 laty przez Jesionka do leczenia ran. Ma on tą zaletę, że daje się łatwo włączyć do łapek, przytwierdzonych stale do płaszcza lampy kwarcowej. Ostatecznie można się posługiwać samą lampą kwarcową, bez filtru, jak to czynił *Zając,* skracając tylko odpowiednio czas nawietlań i jak to proponuje *Havlicek* dla przypadków najcięższych.

Zbierając powyższe dochodzimy do wniosków końcowych:

1) Oryginalność sposobu *Havlicka* polega na naświetleniu trzewi, sieci i krezek i nieusuwaniu ropy z jamy brzusznej, następnie na jej szczelnem zaszyciu. Postępowanie swe uzasadnia i popiera rewelacyjnem wysnuciem wniosków i interpretowaniem szczegółów, których znaczenie było dotąd niejasne.

2) Wyniki inych nie potwierdziły, ani nie zbliżyły się do uzyskanych przez *Havlicka.* Czy przyczyną tego jest nieprzestrzeganie zaleceń, podanych przez Havlicka, — osądzić nie można.

3) Operowanie sposobem *Havlicka* ostrych zapaleń wyrostka robaczkowego i ropnych, ograniczonych zapaleń otrzewny, nie przewyższa dotychczasowych wyników, leczonych w narkozie, bez naświetlań.

4) Śmiertelność z rozlanego zapalenia otrzewny nie zmniejszyła się, pomimo stwierdzenia niewątpliwie dodatniego wpływu na nie przez naświetlanie.

5) Naświetlanie trzewi, krezek i sieci w ropnem zapaleniu otrzewny przyczynia się: a) do sprawniejszego wchłaniania ropy, b) wzmożenia perystaltyki, c) zmniejszenia bólu pooperacyjnego, d) poprawy samopoczucia, e) łatwiejszego i spokojniejszego przebiegu pooperacyjnego, f) zezwala na możliwe wczesne wstawanie, g) nie zapobiega, lecz zdaje się zmniejszać częstotliwość powikłań.

6) Metodę *Havlicka* należy uznać jako postęp w chirurgji jamy brzusznej.

PIŚMIENICTWO:

1) *G. Breitner:* Zur Behandlung der eitrigen Peritonitis. Bruns Beiträge zur klin. Chir. T. 159, str. 340.

2) *G. Breitner:* Zblt. f. Chir. 1934, str. 2988.

3) *Havlicek.* piśmiennictwo podane we Wiedzy Lek. 1935 r. Z. 11 i 12.

4) *Kossakowski J.* Szczelne zaszywanie jamy brzusznej. Pol. Przegląd Chir. T. XIV. 1935 r. str. 826.

5) *R. Nicole:* Peritonitisbehandlung mit gefiltertem Ultraviolettlicht. Unsere Erfahrungen mit der Laparophoslampe nach Havlicek. Zblt. f. Chir. 1935 r. 2894.

6) *H. Nowotny:* Wirkung der Laparophoslampe bei diffuser Peritonitis. Zblt. f. Chir. 1936 r., str. 87.

7) *Peter J.:* Tezy Havlicka ich znaczenie i zastosowanie w praktyce. Wiedza Lekarska 1935 r. Z. 11 i 12.

8) *Tonenberg:* O zaszywaniu doszczętnem powłok brzusznych w ropnem zapaleniu otrzewny. Pol. Przegl. Chir. T. XII. Z. I.

Choroba Scheuermanna

PODAŁA

DR. MED. ELEONORA REICHER.

(Doc. Uniw. J. P.).

Jest to kifotyczne zaokrąglenie piersiowej części kręgosłupa, występujące powoli i stopniowo, najczęściej między 11 — 19 rokiem życia, prawdopodobnie na tle odchyleń rozwojowych kręgów.

Wytłomaczenie kifotycznego zniekształcenia kręgosłupa młodzieży było do niedawna nieustalone. Naogół trzymano się zdania Schanz'a, według którego sprawa ta była wywołana t. zw. mechaniczno - dynamiczną niewystarczalnością kręgosłupa, rozwijającą się albo dlatego, że siła nośna kręgosłupa jest niewystarczająca, albo zostaje przekroczona przez nadmierne obciążenie. W wieku młodzieńczym do powstania takiej statyczno - dynamicznej niewystarczalności kręgosłupa miało się przyczynić niedostateczne wykształcenie mięśni w stosunku do wzrostu kręgosłupa. W jednym i drugim przypadku zaokrąglenie piersiowej części kręgosłupa, jak też i jego boczne skrzywienia, występują szczególnie łatwo gdy i zewnętrzne warunki są nieodpowiednie lub nawet szkodliwe, a więc np. długie siedzenie młodzieży w źle skonstruowanych ławkach szkolnych przyczynić się może do skrzywienia kręgosłupa, gdyż zbyt słabe mięśnie pleców nie są w stanie utrzymać przez dłuższy okres czasu kręgosłupa w pozycji wyprostowanej. Jednak ten sposób tłomaczenia młodzieńczej kifozy pleców nie utrzymał się wobec zmian stwierdzonych w kręgach piersiowych przez Scheuermanna. Zmiany te, tłomaczące wytworzenie się kifozy młodzieńczej są ściśle związane z rozwojem kręgów.

Kształt kręgów dzieci w pierwszym roku życia różni się od kręgów dorosłych, gdyż w tym czasie wytwarzają się na przedniej stronie kręgu szpary poprzeczne, utworzone przez zatoki żylne, wchodzące w istotę gąbczastą kręgu. Szpary te znikają naogół w drugim roku życia z wyjątkiem 5 — 7 kręgu piersiowego i 1 — 2 kręgu lędźwiowego, w których pozostają mniej więcej do 14 roku życia.

Rozwój kręgów ściśle jest związany z rozwojem tarcz międzykręgowych. Tarcze te odgrodzone są od górnej i dolnej powierzchni, sąsiadujących kręgów płytkami chrząstkowemi. Tarcze składają się z ośrodka, utworzonego przez ciało galaretowate (nucleus pulposus), otoczonego na obwodzie pierścieniem włóknistym .

Płytki chrząstkowe, leżące na górnej i dolnej powierzchni tarcz międzykręgowych, zapewniają równocześnie wzrost trzonu kręgu. Znaczenie tarcz międzykręgowych jest biologicznie bardzo duże, gdyż masa galaretowata wewnątrz tarczy, znajdująca się stale pod napięciem pierścienia ścięgnistego, spełnia rolę jakby poduszki ochronnej, wypełnionej wodą, której obarczenie zależy także od sił mechanicznych, działających na kręgosłup. Poduszka ta powstrzymuje wstrząsy, działające na kręgosłup, ona umożliwia wzajemne przesuwanie kręgów we wszystkich kierunkach

i rozkłada siły mechaniczne działające na kręgi na całą ich powierzchnię. Z biegiem czasu, najwięcej między 4 — 5 dziesiątkiem lat, powoli wysycha galaretowaty ośrodek tarczy i jest to jedna z przyczyn powstania zniekształcających spraw kręgów.

Epifizy kręgów, określane także jako ich apofizy, gdyż nie przyczyniają się one do pionowego wzrostu kręgów, są to niewielkie, trójkątne twory, leżące u górnego i dolnego brzegu przedniej ściany kręgu. Epifyzy te widoczne są tylko u jednostek młodych, gdyż wytwarzają się one między 8 — 13 rokiem życia jako małe, trójkątne jądra kostne. Z czasem wytwarzają się z epifiz kostne obrzeżenia kręgów t. zn. płaskie kostne płytki, które po zakończeniu okresu wzrostu bramują górną i dolną powierzchnię kręgu. Obrzeżenia te mają służyć jako miejsce przyczepu włókien tarcz międzykręgowych. U osób starszych widoczne są one na bocznych zdjęciach kręgosłupa jako grubsze podwójne linje na górnych i dolnych brzegach kręgów.

Epifizy kręgów wytwarzają się przedewszystkiem na przednim brzegu 9 — 12 kręgu piersiowego i pierwszego kręgu lędźwiowego, później dopiero w kręgach położonych poniżej i powyżej. U dziecka kąt utworzony przez górną i dolną powierzchnię kręgu z jego ścianą przednią jest jakby stępiony, a normalny, prostokątny kształt przybiera dopiero wtedy gdy prawidłowo rozwijające się epifizy jakgdyby się nakładają na brzeg kręgu. Dzieje się to dopiero w 15 — 17 roku życia, gdy epifizy kostnieją i zlewają się brzegiem kręgu.

Jeżeli epifiz kostnych niema zupełnie, lub też gdy leżą one w miejscu nieprawidłowem, gdy są zmienione, wtedy krąg nie wykształca się prawidłowo, ale powstaje krąg kształtu klinowatego, o zniekształconych, nierównych górnych i dolnych powierzchniach, gdyż do zniekształcenia kręgu dołączają się nieraz nieprawidłowości w rozwoju tarcz międzykręgowych. Wytworzenie się nierównego, klinowatego zmienionego kręgu na szczycie kifozy, jest właśnie cechą charakterystyczną choroby Scheuermanna, który pierwszy te zmiany opisał. Poza brakiem lub nieprawidłowem wykształceniem epifiz do powstania klinowatego zniekształcenia kręgów przyczyniać się mogą jeszcze czynniki inne, jak miejscowe rozrzedzenia substancji kostnej kręgów na tle zaburzeń dokrewnych okresu dojrzewania, co przy większem mechanicznem obciążeniu kręgosłupa doprowadzić może do zniszczenia substancji gąbczastej ew. do wgniecenia chrząstki, chroniącej górny i dolny brzeg, w kierunku istoty gąbczastej kręgu. W tych przypadkach tworzyć się mogą również t. zw. guzki Schmorla, gdy galaretowate wnętrza tarcz kręgowych nieprawidłowo obciążone z powodu zmiany kręgów, poprzez chrząstkę przedostają się do części kostnej kręgów, tworząc swoistego rodzaju przepukliny. Utworzenie takich przepuklin jest w tych przypadkach tem możliwsze, że tarcze przy już wykształconej kifozie znajdują się pod większem ciśnieniem mechanicznem. Przednie części klinowate oddalają się nieco od siebie a zaokrąglenie kręgosłupa w tylnych jego częściach wypycha jakby galaretowaty ośrodek tarczy do przodu, a także do dołu i góry. Niektórzy autorzy wysuwali przypuszczenie, że przyczyną kifozy młodzieńczej nie są zmiany rozwojowe, ale kostne martwice, podobne do tych, które są przyczyną choroby Calve - Legg - Perthesa, wywołującej tak znaczne zniekształcenia stawu biodrowego.

Objawy choroby Scheuermanna występują koło 13 roku życia, najczęściej między 15 — 16 rokiem, a bardzo rzadko po roku 20. Cierpienie ma występować częściej u chłopców, niż u dziewcząt.

Charakterystycznym objawem cierpienia są bóle, występujące głównie po zmęczeniu i po większym ruchu, uspakajające się po wypoczynku w pozycji leżącej. Bóle te wystąpić mogą nawet u ludzi silnie zbudowanych z dobrze rozwiniętemi mięśniami pleców i z tego też względu, jak twierdzi Scheuermann, nie można uważać, że niedostateczny rozwój mięśni kręgosłupa jest przyczyną cierpienia.

Przy występowaniu bólów kręgosłup może jeszcze żadnych zmian nie wykazywać, dopiero później w ciągu kilku miesię-

cy a nawet roku występuje zaokrąglenie pleców, dające się początkowo jeszcze czynnie wyprostować. Kifoza ma kształt łukowaty, szczyt jej znajduje się na wysokości 7 — 10 kręgu piersiowego, przyczem zmienione są zwykle 1 — 2 — 3 kręgi, mają one kształt klinowaty, zwężający się od tyłu do przodu. Zmienione kręgi nie są bolesne, ani na ucisk pośredni, ani na ucisk bezpośredni. Kifoza, która początkowo dawała się jeszcze wyrównać, utrwala się po kilku miesiącach i przybiera charakter zmiany nieodwracalnej.

Rozpoznanie zostaje ustalone rentgenologicznie. Leczenie w początkach cierpienia polega głównie na zalecaniu spokoju, krótszem lub dłuższem, kilkutygodniowem przebywaniu w pozycji leżącej, w łóżeczku gipsowem. Gdy zmiana się już utrwaliła zawodzi i to leczenie.

Stwierdzenie młodzieńczej kifozy ma znaczenie praktyczne, szczególnie w chwili obecnej, gdy szkoła zwraca tak baczną uwagę na uprawianie ćwiczeń ruchowych. Wczesne rozpoznanie tego cierpienia pociąga za sobą powstrzymanie się od ćwiczeń ruchowych, a dalsze racjonalne postępowanie, dłuższe leczenie ortopedyczne może uchronić młodzież od trwałego, w przyszłości tak przykrego zniekształcenia.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Nietolerancja osobnicza. (L'intolerance individuelle). A. Tzanck.

Presse Medicale. Nr. 89. 1935.

Autor omawiając pojęcie nietolerancji kładzie główny nacisk na znaczenie terenu i stara się wykazać różnice między nietolerancją a zatruciem. Przy zatruciu ciała szkodliwe wywołują u wszystkich jednostek, podlegających ich działaniu w pewnych dawkach te same objawy, przy nietolerancji objawy patologiczne występują tylko u jednostek predysponowanych, przyczem objawy te mogą być takie same przy działaniu różnych ciał i różne przy działaniu tego samego ciała. Przy zatruciu ciało szkodliwe w dawkach dużych wywołuje u wszystkich ludzi te same objawy, w dawkach małych wywołuje objawy znowu tylko u ludzi predysponowanych. Cechą nietolerancji jest że objawy nieznaczne, występujące po dawkach małych, nie mają tego samego charakteru, co objawy występujące po dawkach dużych; mają one charakter osobniczy (pokrzywka, artralgje, etc) są właściwością indywidualną jednostki. Objawy nietolerancji mogą wywołać nietylko ciała toksyczne, ale i pokarmy, a także i czynniki fizyczne jak ciepło, zimno, światło, etc. Przypuszczano, że nietolerancja różni się od zatrucia tem, iż jej przyczyną są zaburzenia równowagi fizycznej cieczy ustrojowych lub też jak przypuszcza *Vidal i Kopaczewski* skłaczanie koloidów jednakże już *Vidal* uważał, że niemożna wytłomaczyć objawów nietolerancji samemi zaburzeniami równowagi koloidalnej. W obecnym stanie wiedzy nie możliwe jest wogóle dokładnie odróżnienie procesów chemicznych od fizycznych, i niemożna w ten sposób tłomaczyć różnicy między nietolerancją i zatruciem. Różnic między temi procesami nie można także tłomaczyć, tem, że jedne pochodzą od zmian tkankowych, drugie od zmian humoralnych. Według autora różnica między nietolerancją a zatruciem niema charakteru fizyko-chemicznego, ale jest w swej istocie różnicą biologiczną. Zatrucie zależy od pierwotnej przyczyny, jest ono biernie znoszone przez ustrój. Nietolerancja jest wyrazem czynnego odczynu tkanek i komórek. Jest ona właściwością biologiczną, która czyni, że ustrój może odpowiedzieć tak samo na różne podrażnienia i w sposób różny na to samo podrażnienie. Nietolerancja jest wyrazem indywidualności życiowej tkanki czy komórki, wyrazem jej wyboru i jej oporu, jest to właściwość przedewszystkiem biologiczna.

Nietolerancja może się wyrażać zaburzeniami czynności regulacyjnych ustroju, ich zahamowaniem lub podrażnieniem. Do tej grupy należą wstrząsy, gorączka, zaburzenia ogólne, których wyrazem jest choroba posurowicza. Nietolerancja może występować tylko ze strony jednego narządu, znane są np. nietolerancje skórne, wątrobowe, trawienne, stawowe, etc. Czasami objawy są tylko wyrazem zaburzeń ogólnych np. pokrzywka, hemoglobinuria, etc., zaś czasami mają charakter ściśle tkankowy np. erythrodermia, zmiany nerkowe na tle nietolerancji. Próby humoralne są dodatnie w pierwszym, ujemne w drugim przypadku. Nietolerancje mogą być nabyte i wrodzone, w ostatnim przypadku są one wyrazem jakby dziwaczności biologicznej ustroju. Pewne środki mają szczególną skłonność do wywoływania szczególnych, charakterystycznych objawów, nietolerancji, np. novarsenobenzol powoduje rzadko pokrzywki, zapalenia nerek, objawy reumatyczne, natomiast częściej erytrodermje i żółtaczki, bismut częściej wywołuje zapalenie nerek, bardzo rzadko żółtaczki. Halogeny rzadko wywołują objawy poprzednie, często natomiast zmiany skórne, białka pociągają za sobą objawy choroby posurowiczej, szczególnie często artralgje i pokrzywki. Objawy nietolerancji są więc często zależne od środka wyzwalającego. Naogół nietolerancja wrodzona objawia się tylko w stosunku do jednego środka, jest specyficzną. Nietolerancja nabyta nie jest specyficzna, następuje po różnych środkach. Czasami nietolerancja zdaje się być niezależna od czynnika zewnętrznego, ustrój sam stwarza wtedy warunki nienormalnego odczynu. Nietolerancje doświadczalne i spontaniczne różnią się od siebie. Czynnikiem uczulającym w anafilaksji doświadczalnej jest ciało białkowe, musi ono przedostać się do środowiska wewnętrznego ustroju, istnieje pewien stosunek między wstrzyknięciem przygotowującem i wywołującem, jak też istnieje pewien okres wylęgania, odpowiadający czasowi uczulenia, pomimo różnic czynnika uczulającego, objawy są w tym samym gatunku te same, przy wprowadzeniu czynnika uczulającego tą samą drogą. Objawów wstrząsu anafilaktycznego można uniknąć przez przygotowawcze wstrzyknięcie małej ilości środka uczulającego, po wstrząsie powstać może stały stan odporności. Idiosynkrazją nazywa autor nietolerancję wrodzoną, ściśle specyficzną, wstrząs jest wyrazem nietolerancji środków regulujących, anafilaksja jest nietolerancją wywołaną doświadczalnie za pomocą wprowadzenia do środowiska wewnętrznego ciał białkowych. W ten sposób ujęte pojęcia nietolerancji wyświetla różne procesy patologiczne znacznie jaśniej, niż pojęcie trucizny. Z punktu widzenia etjologicznego pojęcie ciała trującego panuje nad obrazem chorobowym, z punktu widzenia nietolerancji ciało, wywołujące odczyny, działa tylko na jednostki predysponowane, powodując różne stany w zależności od jednostki. W tym przypadku rola ciała szkodliwego schodzi na plan drugi. W ostatnich czasach badania anatomiczne pozwoliły ustalić charakter histologiczny zmian wywołanych przez ciała uczulające, różniących się wyraźnie od zmian na tle zakażenia lub zatrucia. Objawy kliniczne nietolerancji są niezmiernie różne i można je podzielić na ogólne i miejscowe, w ostatnim przypadku doniosłość ich będzie zależała i od umiejscowienia. Doświadczalnie nietolerancja różni się też od zatrucia, w ostatnim przypadku można wywołać objawy zatrucia tem samem ciałem doświadczalnie, przy nietolerancji nie jest

to możliwe, chyba za pomocą prób specjalnych, mogących wykryć skłonność do nietolerancji. Leczniczo nietolerancję zwalcza się za pomocą metod odczulających, co również wykazuje głęboką różnicę między pojęciem nietolerancji a zatruciem.

Leczenie chromania przestankowego falami krótkimi połączone z acetylcholiną. (Le traitement de la claudication intermittente par les ondes courtes associées à l'action de l'acetylcholine). Portocalis i Flora.

Bull. et. Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris. Nr. 1. 1936.

Opis 2 przypadków chromania przestankowego, u których zastosowano fale krótkie, w jednym przypadku ze znaczną poprawą, w drugim zaś nastąpiło wyleczenie. Dokładne badanie tych chorych wykazało wyraźne zamknięcie tętnicy, widoczne z braku tętnienia tibialis anterior, posterior oraz cruralis, przyczem tętno nie występowało i po zastosowaniu kąpieli. W obu więc przypadkach przyczyną cierpienia była arteriitis obliterans. Chorzy otrzymywali początkowo wstrzyknięcia acetylcholiny, które jednak nie dały określonego wyniku leczniczego, podobnie zresztą jak i stosowane w ciągu około 10 seansów fale krótkie. Dopiero połączenie obu tych sposobów leczenia wykazało efekt leczniczy. Leczenie stosowano w ten sposób, że chorzy otrzymywali wstrzyknięcia z 0,2 cm^3. acetylcholiny, po którem w ciągu 5 — 10 minut stosowano na uda fale krótkie, początkowo w ciągu 10 minut, później przedłużając stopniowo czas nagrzewania do 30 minut. Leczenie stosowano serjami po 20 nagrzewań w każdej serji, z dziesięciodniową przerwą między poszczególnemi serjami, których było ogółem cztery.

Wstrzykiwania lipazy wątrobowej w leczeniu marskości wątroby. (Les injections de lipase hepatique dans le traitement des cirrhoses du foie avec ascite). Fiessinger et Gajsos.

Bull. et. Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris. Nr. 25. 1935.

W badaniach poprzednich autorzy stwierdzili obniżenie poziomu lipazy we krwi w przypadkach marskości wątroby, zwracając równocześnie uwagę na znaczenie wątroby jako ciała, produkującego lipazę. Za ostatniem twierdzeniem przemawia zmniejszenie się lipazy we krwi w przypadkach niewydolności wątroby, wspólny charakter biologiczny krwi i lipazy wątroby, wreszcie powiększenie poziomu lipazy we krwi u psów, które otrzymywały domięśniowo lub dożylnie wyciągi wątroby. W badaniach nad działaniem lipazy na czynność wątroby stwierdzili autorzy przedewszystkiem, że odporność psów, zatrutych fosforem zwiększała się znacznie po śródżylnych wstrzyknięciach lipazy wątrobowej. Doświadczalny, korzystny wpływ lipazy skłonił autorów do stosowania jej u chorych z marskością wątroby typu Laennec'a. W jednym przypadku tego cierpienia, który autorzy dokładnie opisują, leczenie lipazą wątrobową miało przyczynić się do zniknięcia płynu z jamy brzusznej, jak też objawów klinicznych i biologicznych niewydolności wątroby. Podobne spostrzeżenia poczynili autorzy jeszcze w 6 innych przypadkach marskości, w których równocześnie z poprawą kliniczną podnosił się poziom lipazy w surowicy. Lipazę stosowano we wstrzyknięciach podskórnych w dawkach 5 — 10 cm^3. dziennie w pięcio - sześciodniowych serjach, przerywanych równie długimi okresami bez wstrzyknięć lipazy. Leczenie to nie pociąga za sobą żadnych powikłań. Autorzy zwracają uwagę, że choć środek ten czasami zawodzi, jednak jest on jednym z najskuteczniejszych sposób zwalczania marskości wątroby; leczenie pozostaje bez wyniku w przypadkach bardzo znacznego zniszczenia miąższu wątrobowego

Właściwości fizykochemiczne krwi u chorych z nadciśnieniem. (Proprietes physico-chimiques du sang des hypertendus). Carrière W., Huriez, Leperre et Sence.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris. Nr. 24. 1935.

Wyniki autorów opierają się na badaniach 105 chorych ze stałem nadciśnieniem tętniczem, u których wykonano około 2000 różnych badań fizykochemicznych. Krew tych chorych ma wagę wysoką i jest bardzo lepka. Lepkość surowicy jest umiarkowana, natomiast jej ciśnienie osmotyczne wysokie. Ze zmian chemicznych uderza niski poziom chlorków, umiarkowana azotemia, główne zaburzenie przemiany dotyczą jednak ciał białkowych i tłuszczowych. Szczególnie znaczna jest hypercholesterynemja, której poziom przewyższa powiększenie poziomu innych ciał tłuszczowych, podobnie jak powiększenie poziomu albuminów przewyższa powiększenie poziomu innych ciał białkowych. Zmiany te wyjaśniają genezę znacznego powiększenia ciśnienia osmotycznego, które zależy tak od przemiany białkowej, jak i od przemiany tłuszczowej.

Ouabaina Arnaud. (L'ouabaine Arnaud). H. Vaquez.

Archives des maladies du couer. Nr. 12. 1935.

Odkąd Arnaud wyodosobnił i określił swój przetwór strofantyny zwany od jego nazwiska „ouabainą Arnaud" posiadła medycyna ściśle określony środek o właściwościach stałych, szczególnie pożyteczny w przypadkach ostrych niewydolności, także stanach, nie reagujących na leczenie naparstnicowe. Strofantyna jest przedewszystkiem jadem mięśniowym, działającym tak na mięśnie prążkowane, jak i na mięśnie gładkie, którego działaniu podlega szczególnie serce. W doświadczeniach zwierzęcych na królikach wykazano, że ouabaina, jak i naparstnica wywołuje skurcze dodatkowe, częstoskurcz napadowy, migotanie przedsionków, wreszcie zaburzenia przewodzenia. Wszystkie te zmiany występują naogół łatwiej w sercu chorem, niż w sercu zdrowem. Działanie dodatnie ouabainy w stosunku do naparstnicy polega na jej wielkiej rozpuszczalności, będącej przyczyną jej szybkiego działania; ouabaina dzięki swemu wielkiemu wpływowi na mięsień sercowy zachowuje to działanie w przypadkach stałego, bardzo silnego rozszerzenia mięśnia sercowego, opornego na działanie naparstnicy, wreszcie ostatnią korzystną stroną działania ouabainy jest jej bardzo szybkie wydzielanie się z ustroju. Jeżeli więc nawet ouabaina wywoła jakieś zaburzenia czynności serca, to ustają one prawie natychmiastowo po jej odstawieniu.

Głównem wskazaniem do stosowania ouabainy jest ostre rozszerzenie komór serca, szczególnie komory lewej; ostatnie jest częstsze od ostrego rozszerzenia komory prawej z prostej przyczyny, że komora prawa jest naogół rzadziej narażona w swej pracy na tak wielki wysiłek, jaki musi przezwyciężyć komora lewa. Drugim wskazaniem do stosowania ouabainy jest uporczywa niewydolność serca.

Naparstnica, na którą chorzy początkowo reagowali, zatraca w końcu wszelkie działanie dlatego, że zdolność kurczenia się włókien sercowych, niezbędna dla osiągnięcia działania naparstnicy, została upośledzona i jedynym środkiem, mogącym w tych przypadkach wzmocnić siłę skurczu serca jest ouabaina. Nieraz w tych przypadkach leczenie ouabainą zwraca sercu utraconą zdolność reagowania na naparstnicę, zresztą ouabaina działa korzystnie nawet w tych przypadkach, które od początku są oporne na działanie naparstnicy. Są to naogół jednostki z niewydolnością prawej komory na tle skrzywienia kręgosłupa, zmian włóknistych w płucach, etc. Do niedawna przypuszczano, że zmiany nerek są przeciwwskazaniem do stosowania ouabainy, jednak ostatnie spostrzeżenia wykazują, że w licznych przypadkach nadciśnienia, prawdopodobnie na tle przewlekłego zapalenia nerek ,ouabaina działa korzystnie na diurezę i w większości przypadków zmniejsza poziom azotemji. W ostatnich czasach zwrócono również uwagę na korzystny wpływ ouabainy w zapaściach sercowych w następstwie chorób zakaźnych, duru plamistego, grypy, a szczególnie w sprawach sercowych w następstwie błonicy. Ponadto ouabaina może działać dodatnio w przypadkach częstoskurczu napadowego, gdy na pierwszy plan występują objawy rozszerzenia serca oraz w przypadkach bradycardji na tle zaburzeń przewodnictwa. W tych ostatnich stanach ouabaina nie wpływając na zaburzenia rytmu przeciwdziała przynajmniej grożącej na tem tle zapaści. Wreszcie w przypadkach tętna naprzemiennego bardziej wskazana jest ouabaina od naparstnicy podobnie, jak i w przypadkach zwolnienia akcji serca. Autor twierdzi, że tylko w przypadkach zakaźnego zapalenia wsierdzia nie można oczekiwać żadnych wyników od ouabainy, ale też nie można się ich spodziewać i od innych środków.

Ouabaina stosowana w sposób odpowiedni nie pociąga za sobą według autora żadnych niebezpieczeństw. Stosuje się ją w sposób następujący. Przy objawach ciężkiej zapaści serca, występującej nagle, po obfitym upuście żylnym wstrzykuje się śródżylnie ¼ m. ouabainy, 12 godzin później wstrzykuje się znowu tą samą dawkę, którą się powtarza znowu po 12 godzinach, wreszcie po 24 godzinach, tak że w całości chory otrzymuje 1 mg. w ciągu 48 godzin. Jeżeli niebezpieczeństwo nie jest tak groźne, następne wstrzyknięcia robi się co 24 godziny. Dzieci znoszą względnie większe dawki od dorosłych, naogół zalecają wstrzykiwania 1/16 mg. u osesków, 1/8 mg. u dzieci małych. Przy ciężkiej zapaści serca można stosować ouabainę w ciągu 5, 6, 7 dni poczem, jeżeli stan chorych tego wymaga, przejść do leczenia naparstnicą. W tych przypadkach spostrzegać się nieraz daje ciekawy sposób działania ouabainy, wracającej sercu wrażliwość na działanie naparstnicy, na którą chorzy przed podaniem ouabainy byli oporni. Jeżeli chorzy przeszli poprzednie leczenie naparstnicowe, należy przeczekać parę dni z zaleceniem ouabainy, aż do chwili gdy naparstnica zostanie usunięta z ustroju. Dłuższe stosowanie małych dawek ouabainy zalecane bywa w przypadkach niewydolności sercowo - nerkowej. W przypadkach tych dla wypróbowania wrażliwości podaje się pierwszego dnia 1/8 mg., następne 3 — 4 dni po 1/4 mg., później po jednym dniu wypoczynku 1/2 mg.; pełna dawka wynosi 1.1/4 — 1.1/2 mg. Przy tym sposobie podawania nie spostrzegano działania ujemnego ouabainy.

Autor zwraca uwagę na niewłaściwość wstrzyknięć domięśniowych ouabainy, gdyż ouabaina jest jadem, osadzającym się głównie w mięśniu i tracącym z powodu tego zetknięcia część swego działania jeszcze przed zetknięciem się z sercem. W leczeniu ouabainą należy dążyć do tego by środek nie został zatrzymany w drodze i zetknął się jaknajszybciej z sercem, dlatego też, nie odrzucając całkowicie wstrzyknięć śródmięśniowych, które wskazane są w przypadkach gdy nie zależy na czasie np. w przypadkach serc opornych na działanie naparstnicy, uważa autor, że wstrzyknięcia śródżylne są celowe. Podawanie doustne ouabainy wymaga bardzo dużych dawek przy których czasami wystąpić już mogą objawy nietolerancji. Doustne dawki ouabainy wynoszą 8 — 12 — 16 mg. na 24 godziny. Leczenie doustne przeciągać się może miesiącami, jednak środek podaje się tylko w ciągu 5 dni w tygodniu. Objawy niekorzystne występują rzadko jako nieznaczne zaburzenia pokarmowe, znikające przy wstrzymywaniu środka. Autor nie jest zwolennikiem, równoczesnego podawania naparstnicy i ouabainy nawet w określonych proporcjach (1/3 naparstnicy na 2/3 ouabainy). W przypadkach ostrych, w których jest tylko wskazane dla ouabainy, metoda ta nie jest wskazana, w innych przypadkach autor uznaje połączenie obu leków jednak poleca podawanie serjami tak np. aby po serji wstrzyknięć lub też doustnego podawania ouabainy przejść do naparstnicy.

Autor przypomina, że leczenie ouabainą, jak i leczenie naparstnicą, wymaga spokoju w łóżku, diety mlecznej lub bezsolnej i podkreśla w końcu, że ouabaina podawana w sposób opisany nie zawiera w sobie żadnych niebezpieczeństw.

Dwa przypadki osteopatji w następstwie diety przepisanej z powodu nadciśnienia tętniczego. (Deux cas d'osteopathie de carence consecutifs à des regimes alimentaires restrictifs prescrits pour hypertension arterielle). W e i s s e n b a c h et L i é v r e.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris. Nr. 25. 1935.

Autorzy opisują dwa przypadki, w których wystąpiły poważne zmiany kostne w następstwie surowej diety, przepisanej z powodu nadciśnienia tętniczego. Pierwszy przypadek dotyczył 50 letniej kobiety, mającej objawy wysokiego ciśnienia, która przez czas dłuższy brała codziennie środki przeczyszczające, a w ciągu lat czterech miała dietę bardzo skąpą i surową z ograniczeniem białka i tłuszczów zwierzęcych i z ograniczeniem chlorków. W tym czasie wystąpiło rozwolnienie, mierne wychudzenie i znaczne osłabienie. Po pewnym czasie zjawiły się silne bóle kostne

szczególnie w kręgosłupie, nasilające się przy staniu i ruchach, wzrost zmniejszył się o 5 cm. plecy się zaokrągliły. Rentgen kręgosłupa wykazał dyskretną osteoporozę, poziom wapnia we krwi był nieznacznie, poziom fosforu bardzo wyraźnie obniżony. Poprawa stanu chorej nastąpiła po zastosowaniu diety mieszanej. Autorzy przypisują bóle i zmiany kostne diecie ograniczającej, porównując obraz chorobowy do objawów występujących masowo w czasach głodu. Do stanu chorobowego mogły się również przyczynić rozwolnienia, występujące z powodu, stałych przeczyszczeń, które również ze swej strony mogą się stać przyczyną odwapnienia i zniekształceń kostnych. U drugiej kobiety, leczonej również z powodu nadciśnienia, dietą podobną, ogólnie skąpą z ograniczeniem białka i tłuszczów, wystąpiły po roku bóle kostne w kręgosłupie, w miednicy i w żebrach po 3 latach trwania tej diety się znacznie pogorszyły, przyczem również wystąpiła kifoza. I w tym przypadku dieta mieszana, bogata w witaminy, szczególnie witaminę D i wapń, wpłynęła rychło na poprawę całego stanu. Jedna i druga chora miały nieznaczne obrzęki, które autorzy uzależniają również od ograniczeń dietetycznych w braku zmian sercowych i nerkowych. U obu chorych nadciśnienie się zmniejszyło może na skutek surowej diety. Objawy kostne w obu przypadkach były charakterystyczne, występujące w kręgosłupie, klatce piersiowej i miednicy, łącznie z osłabieniem mięśni, przyczem zmiany kostne pozostały względnie nieznaczne, wyrażając się tylko bólem, nieznacznem rozrzedzeniem kości i pewnem jakby zapadnięciem kręgów. Ponieważ zmiany były niewielkie nazywa autor opisaną sprawę kostną nie osteomalacią, ale osteopatią, gdyż w pierwszym przypadku zmiękczenie kości jest znacznie większe. Autor przypisuje stan chorych niedożywieniu ogólnemu, szczególnie bardzo znacznemu ograniczeniu białka, wapnia i fosforu, witaminy A i D. Przypadki te są dowodem jak niebezpieczne mogą być diety długotrwałe, i surowe, i jakiej ostrożności wymaga zastąpienie sposobu odżywiania, ugruntowanego na doświadczeniu i instynkcie, przez diety sztuczne, ograniczające pewne naturalne składniki pokarmowe.

Wstrzykiwania dosercowe ouabainy. (Les injections intracardiaques d'ouabaine). L i a n e t A b a z a.

Bull. et Mem. de la Soc. Med des Hôp de Paris. Nr. 25. 1935.

Przypuszczano dotychczas, że wstrzyknięcia dosercowe ouabainy nie mają widoków powodzenia gdy są stosowane w bardzo ciężkich przypadkach niedomogi serca. Jednakże ostatnie spostrzeżenia, wykonane u chorych bardzo ciężkich w stanie jakby pozornej śmierci, wykazały, że nawet w tych przypadkach ożywienie działalności serca przez wstrzyknięcie ouabainy jest jeszcze możliwe. Z doświadczeń, wykonanych przez autorów na 8 psach wynika, że żaden z psów nie zginął po dosercowem wstrzyknięciu ouabainy, że wstrzyknięcia te nie zmieniły charakteru kompleksu komorowego, wreszcie w przeciwieństwie do adrenaliny, która wywołuje nieraz u psów częstoskurcz napadowy, nie spostrzega się tego po ouabainie, która mniej zwiększa pobudliwość serca, niż adrenalina. Z klinicznych i doświadczalnych badań autorów wynika, że ouabainę powinno się stosować we wstrzyknięciach dosercowych in extremis, gdy zawiodą inne wstrzyknięcia domięśniowe i dożylne, w stanach pozornej śmierci, wywołanych ciężką zapaścią. Ouabaina zdaje się być skuteczniejszą od adrenaliny w przypadkach migotania przedsionków i w przebiegu znieczulenia chloroformowego, adrenalina jest natomiast korzystniejsza przy zatrzymaniu komór. Gdy niema kontroli elektrokardiograficznej w zapaściach pochodzenia sercowego (zespół Stokes - Adams'a) wskazana jest raczej ouabaina w dawce ¼ mg., zaś w zapaściach pochodzenia naczyniowego (wstrząs) adrenalina. Gdy jednak jeden z tych przetworów zawiedzie, należy zawsze użyć drugiego.

E. Reicher.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Przyczynek do badań nad rozmieszczeniem tkanki adenoidalnej w krtani człowieka. (Contribution a l'étude de la desposition du tissu adénoide dans le larynx humain). L a s k i e w i c z.

Revue de laryngologie 1935. Nr. 8.

Autor daje szczegółowy zarys historyczny rozwoju poglądów na tę sprawę. Tkankę adenoidalną opisywano niemal w całej krtani. Główne nagromadzenia znajdują się w kieszeni Morgagni'ego, a zwłaszcza w jej uchyłku („appendice"). Na ten ostatni punkt zwrócili szczególnie uwagę *Citelli, Foianini i Giufreda,* ograniczając do tej okolicy uzasadnienie pojęcia „migdałka krtaniowego". Podobnie wypowiada się *B. Frankel.* Rozwój tkanki adenoidalnej w krtani wykazuje zresztą równoległość stopnia ze stopniem rozwoju tkanki tej w pierścieniu Waldeyra, jak wykazał *Guifrida.*

Autor przeprowadził swe badania na preparatach z 35 osobników przy pomocy skrawków grubości 20 do 35 μ barwionych hematoxyliną-eozyną lub metodą van Giesona. Poglądy autora nakrywają się z wyrażonymi powyżej, z tem że określenie „tonsilla laryngea" odnosić się może tylko do górnego odcinka uchyłka kieszeni Morgagni'ego. Autor wykazuje to szczegółowo na zasadzie kryterjów podanych dla podziału tkanki adenoidalnej przez *Levinsteina.* Wedle tej koncepcji byłaby ta górna część uchyłka poprostu głęboką kryptą migdałkową. Z tej koncepcji wynikają wnioski natury czynnościowej. Podczas gdy bowiem (wedł. *Levinstein'a)* gruczoły śluzowe naogół w migdałkach nie wchodzą do kanału krypty, to wedle *Laskiewicza* gruczoły te w migdałku krtaniowym wchodzą bardzo licznie do rzeczonej krypty. Wynika stąd, jak to i *Frankel* przyjmuje, że rola migdałka krtaniowego polega głównie na wydzielaniu substancji zwilżającej struny głosowe podczas fonacji w celu zapobiegnięciu urazom przez tarcie w czasie tego aktu.

Znaczenie obecności „streptococcus haemoliticus" w przebiegu angin streptokokkowych. (De la signification de la présence du „streptococcus hemolyticus" dans les angines cliniquement streptococciques). V e r n i e u w e i M e i r s m a n.

J. w. 1936. Nr. 1.

W piśmiennictwie zdaje się dominować pogląd, że anginy z których wyhodo

kowca hemolitycznego odznaczają się szczególną złośliwością. Autor dochodzi na podstawie serji własnych badań do następujących wniosków: 1) Tylko w małym odsetku wypadków angin streptokokkowych można wyhodować streptokokka (str.) hemolitycznego (h). 2) Nie udaje się wykazać równoległości między obecnością str. h., a nasileniem i powagą rokowania odnośnej anginy. 3) Nie są uzasadnione, a niekiedy i szkodliwe radykalne propozycje lecznicze angin ze względu na stwierdzenie str. h. 4) W wielu wypadkach hemolizująca zdolność paciorkowca jest tylko cechą przemijającą. 5) I morfologia paciorkowca nie rzuca żadnego światła na jego zjadliwość, która raczej uwarunkowaną jest właściwością podłoża, względnie gospodarza. 6) Nie rozporządzamy w nauce żadnemi metodami biologicznemi dla rozróżniania stopni szkodliwości rozmaitych szczepów paciorkowca. 7) Najlepszą pożywką dla str. zdaje się być bulion Martina. 8) Szczepieniem wśródżylnem morskim świnkom paciorkowcami z angin nie udawało się nigdy wywołać u tych zwierząt objawów rhino - pharyngealnych; nie można więc z doświadczeń tych wysnuwać pozytywnych wniosków co do organtropji paciorkowca.

Sialografia, jej wskazania, technika i pożyteczność. (La sialographie, sa technique, ses indications, son utilite). F e u z.

J. w. 1935. Nr. 9. 1936.

W dużej pracy (120 stron) opisuje autor technikę i kliniczną stronę nastrzykiwania ślinianek płynami kontrastowymi: lipjodem, neojodipiną, Poprzedza pracę wstęp historyczny. Anatomowie, nie krępowani czynnikiem toksyczności, stosowali już dawniej *(Charpy* od r. 1904) rtęć do nastrzykiwania ślinianek z doskonałym wynikiem. Po wynalezieniu nieszkodliwych płynów kontrastowych przyszły nastrzykiwania kanału rdzeniowego *(Leroux, Forestier).* dróg moczowych, naczyń krwionośnych, wreszcie przyszła kolej na ślinianki. Już w r. 1912 zastosował *Arcelin* rozczyn bismutowy; w r. 1925 *Barsany* 20%-wy jodek potasu, a *Wiskowsky* lipjodol, a w r. 1926 *Jacobaviec* opracował metodę w sposób doskonalszy. Dalsze opracowanie metody dają *Barroud* (1931), *Pyrah* i *Allison* (1931).

Autor opracował w ciągu lat duży materjał ślinianek podszczękowych i przyusznych. Początkowo technika stała pod znakiem kamieni ślinniankowych. Największą trudność stanowi tu odszukanie (ewent. lupą) ujścia przewodu; zawsze jednak jest to możliwe przy odpowiedniej cierpliwości; potem rozszerza się stopniowo kanał szczecią i serją sond, wreszcie wprowadza się tępą igłę, połączoną ze strzykawką i nastrzykuje kanał i śliniankę kilkoma centymetrami sześciennemi płynu kontrastowego, rozszerzając w ten sposób kanał. (W tej sytuacji, ewentualnie zamykając kanał pincem Kochera lub zwitkiem waty robi się szybko zdjęcie rentgenowskie). Po usunięciu strzykawki bardzo często w kilka minut wypływa wraz z wzmożonym prądem śliny samoustnie kamyk lub piasek ślinianklowy, oszczędzając w ten sposób zabieg operacyjny z jego ujemnemi następstwami. Z czasem technika sialografji rozszerzyła swoje wskazanie do całej djagnostyki w patologji ślinianek.

W zestawieniu autora znajdujemy: urazy kanału Stenona (przyusznicy), stany zapalne kanału Whartona (ślinianki podszczękowej). Cierpienie to określono jako sialodochitis. Dalej kamicę ślinniankową zwykła i ze zropieniem następowem, parotitis purulenta, nowotwory i torbiele ślinniankowe, chorobę Mikulicza, stany zapalne przewlekłe (gruźlicę), pozatem sprawy pozaślinniankowe umiejscowione w lożach ślinniankowych np. w gruczołach chłonnych. Opisana jest szczegółowo technika zdjęć rentgenologicznych. Dla ślinianki podszczękowej stosuje się dwa zdjęcia: jedno boczne nieco skośne ,tak by oba ramiona żuchwy nie nakrywały się i drugie, przy którem badany spoczywa brzuchem i bródką na stole, a oś promieni pada z okolicy ciemienia ku podstawie jamy ustnej. Dla przyusznicy ułożenie jest nieco odmienne. Obrazy, jak to widać z podanych reprodukcji, są nadzwyczaj instruktywne, uwydatniając nietylko przewód i jego rozgałęzienia, ale i całą budowę zrazikową narządów. Ujemnych następstw niema żadnych. Wnioski co do przewodu, rozmiarów ślinianek, ich budowy prawidłowej lub patologicznej są bardzo szczegółowe, Powikłań nie było żadnych. Wydalanie się płynu następuje bardzo szybko; można je jeszcze przyśpieszyć okładem. Wielka oględność przy wyszukiwaniu ujścia przewodu, dylatacji i wprowadzeniu igły jest konieczna. Skaleczenie przewodu, powodujące krwawienie, jest niedopuszczalne.

Kilka przypadków ropnia móżdżku. (Quelques cas d'absces du cervellet). C o l l e t.

Le Journal de medicine de Lyon 1935. Nr. 373.

Z okazji zjazdu towarzystw oto - neuro - oftalmologicznych (marca 1935) zestawił autor 7 własnych przypadków ropnia móżdżku (r. m.). Autor dochodzi do następujących wniosków. R. m. zdarza się w każdym okresie życia: od okresu oseska do późnej starości. Częściej niż sprawy ostre jest przyczyną r. m.: otitis media chronica purulenta. Częstą jest koincydencja z zakrzepem zatoki poprzecznej. Nieraz można przyjąć powstanie ropnia przez przejście ropienia wsteczną drogą na żyły móżdżkowe. Częste są objawy oponowe, lecz niejednokrotnie objawy te (Kernig, sztywność karku, wymioty, podwyższone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, pleocytoza) nie oznaczają jeszcze meningitis. W dobrej połowie przypadków znachodzi się podwyższoną ciepłotę: tętno jest częściej przyśpieszone, rzadziej zwolnione. Przekrwienie zastoinowe tarczy nerwu wzrokowego może się zdarzyć. Bóle głowy nie brakują niemal nigdy, są intensywne i umiejscowiają się zazwyczaj po stronie ropnia. Nie należy nigdy wymagać pełnego zespołu móżdżkowego. Oczopląs znachodzi się blisko w połowie przypadków. W 7 przypadkach autora skierowany był dwa razy w stronę chorą. Spotyka się ustawienie przymusowe głowy, drżenie górnej kończyny po stronie chorej lub jej niezborność, zaburzenia w próbie wskazywania. Jedną z przyczyn trudności rozpoznawczych i obciążenia rokowania jest częsta wielokrotność ropni móżdżkowych, koincydencja r. m. z ropniem płata skroniowego mózgu, zakrzepem zatoki poprzecznej i zapaleniem opon.

Dr. A. Schwarzbart
(Kraków).

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Kiła późna. Najmniejsze postaci krętka bladego. (Syphilis tardive. Formes minuscules du spirochaeta pallida, spirochetogene syphilitique). Y. M a n o u é l i a n.

Annales de l'institut Pasteur 1935 Nr. 6.

Z pomiędzy nietypowych postaci krętka bladego na pierwszym miejscu należy wymienić postać niejednolicie zgrubiałą (variqueux) — zwyrodnieniową. Ponadto istnieje cały szereg postaci przejściowych od krętka rozwiniętego aż do postaci punkcikowej, (ciałko okrągłe) w części środkowej nieco przejaśnionej. Postać ta może jeszcze dalej zmniejszyć się, a wtedy jest prawie jednolitym punkcikiem. Te twory uważane są za przetrwalniki lub za krętki martwe.

W świetle ostatnich badań wyraźnie natomiast widać, że postać punkcikowa jest wynikiem niezwykłego podziału krętka. Krętki dzielą się zwykle poprzecznie, a gdy podział ten jest niekiedy niezupełny, dwie nowopowstałe części zginają się („krętek się łamie") jak scyzoryk i zaczepione na jednym biegunie leżą prawie równolegle do siebie, naśladując w ten sposób podział podłużny. Oprócz tego podziału zachodzi także inny: krętek tworzy na jednym lub na dwuch biegunach punkcikowate skupienie plazmy. Łączność pomiędzy tym skupieniem a krętkiem stopniowo zatraca się przez wyrastanie cienkiej szypułki, wreszcie ciałko wraz z małą witką odrywa się. Witka ta dla obserwatora jest tworem bardzo ważnym, gdyż pozwala odróżnić twory żywe od podobnych martwych. Delikatna ta witka może się jednak oderwać a wtedy już niema cech, po których możnaby te młode postaci rozpoznać. Krętek może wytworzyć takich tworów i więcej a wtedy przybiera postać ziarenek nanizanych w znacznych odstępach na cienką nitkę. Te postaci (spirochetogène) znajdowano w późnych okresach kiły: w kilakach, w naciekach swoistych tętnicy głównej; w przypadkach paraliżu, w substancji szarej mózgu i w otoczeniu naczyń włosowatych mózgu, prócz tego w cylindrach nerwów, w wypustkach komórek neurogljі, niekiedy w cytoplazmie komóren nerwowych kory mózgowej i istnieją one tam obok postaci typowych.

Autor wyraża przypuszczenie, że te, właśnie opisane, twory są oporne na leczenie swoiste.

Kiła późna, zniekształcająca. (Syphilis mutilante tardive). C h. D u B o i s.

Annales de Dermat et de Syphil. 1936 Nr. 1.

Tak częsta jeszcze przed niespełna czterdziestu laty kiła późna zniekształcająca, dzisiaj należy do wyjątkowych rzadkości.

Przypadek spostrzegany dotyczył 56-letniej kobiety, u której w 35-tym roku życia pojawił się pod lewym sutkiem guz, początkowo twardy, potem chełboczący. Po jego pęknięciu przetoka utrzymywała się przez kilka lat. Od tego czasu tworzyły się na skórze (prawego uda, lewego ramienia, barków...) nacieki, szybko wrzodziejące i szerzące się pełzakowato. Owrzodzenia te goiły się z pozostawieniem rozległych blizn, W chwili przyjęcia chorej do szpitala na prawym udzie znajdowało się owrzodzenie, zajmujące prawie całą powierzchnię zewnętrzną uda, częściowo zabliźnione. Lewe ramię i dołokciowa część przedramienia zcieńczałe, pokryte skórą w całości zbliznowaciałą. Skutkiem znacznych zaburzeń w krążeniu lewej ręki nastąpił słoniowaty jej przerost i zniekształcenie. Proces chorobowy doprowadził w tej kończynie do daleko posuniętych zmian w mięśniach i szkielecie. Zmiany te rozpoznano jako kiłowe tembardziej, że odczyn Wassermanna okazał się silnie dodatnim.

Chorą leczno jodkiem potasu, neoarsenobenzolem i bizmutem, stan jej szybko się poprawiał. Chorej przybyło na wadze w ciągu 6-ciu miesięcy 13 kg., owrzodzenia zagoiły się. W przypadku opisanym nie było żadnych danych, wskazujących na kiłę nabytą i dlatego autor przypuszcza, że był to przypadek kiły wrodzonej.

Leczenie ostrego wyprysku we wczesnem dzieciństwie. (Le traitement de l'eczéma aigu dans la première enfance). D o n a t L a p o i n t e.

Journal de Med. de Paris 1935 Nr. 36.

Leczenie ostrego wyprysku u niemowląt i u małych dzieci podzielić można na trzy części: djetetyczne, wewnętrzne i zewnętrzne, W djecie należy zmniejszyć ilość mleka i unikać mleka tłustego. Czynność wątroby należy pobudzać małemi dawkami kalomelu, stosowanego naprzemian z theobrominą. Jednym z najskuteczniejszych sposobów leczenia wyprysku jest auto — lub hetero - hemoterapja w połączeniu w podsiarczynem sodowym. Jako leczenie wewnętrzne stosuje także autor chlorek wapnia wraz z małemi dawkami wyciągów z tarczycy. Miejscowo najlepsze wyniki uzyskuje się po zastosowaniu okładów z wody wapiennej i oleum lini lub wodnych papek.

Dermatologja w r. 1936. (La dermatologie en 1936). G. M i l i a n, L. B r o d i e r.

Paris Médic. 1936 Nr. 3.

Próby skórne: Sézary odróżnia trzy typy odczynów skórnych, 1. odczyn bąblowy, który wskazuje na uczulenie układu naczyniowego, 2. grudkę zapalną, jako skutek wrażliwości układu łącznotkankowego, 3. odczyn rumieniowo - pęcherzykowy przy nadwrażliwości naskórka. Skalę wrażliwości skóry na próby skórne można przy pomocy różnych czynników podnieść lub obniżyć. Prace *Tzanck'a* uzupełniają powyższą tezę, dzieląc wszystkie przypadki nietolerancji na 1) swoistą nietolerancję, utrzymującą się przez całe życie u jednego osobnika (idiosynkrazja), 2) nieswoistą, którą można wywołać różnemi substancjami i 3) przypadki rzeczywistej nietolerancji konstytucjonalnej. W grupie pierwszej odsunięcie czynnika szkodliwego sprowadza szybkie wyleczenie, w drugiej należy się uciec do ogólnych sposobów odczulających (auto - hemoterap., podsiarczyn sodowy), w trzeciej należy starać się o zmianę podłoża stosując odpowiednią dietę, wyciągi gruczołowe lub leki działające na układ nerwu błędnego i sympatycznego.

Dermatozy spowodowane przez stosowanie różnych substancji wykazują zwykle dodatnie odczyny skórne. Szereg takich schorzeń opisano w

roku ubiegłym a mianowicie: dermatozy na twarzy po użyciu do jamy nosowej leków, głównie z grupy olejków eterycznych a także zasypek zawierających kwas borny. Te ostatnie przypadki wyleczono wyciągami śledziony (wstrzykiwania). Pomadki do ust zawierające pochodne eozyny wywołują zapalenie czerwieni warg, chociaż w tych przypadkach obwiniać można także olejki pachnące, wchodzące w skład pomadek. Dalej opisano szereg dermatoz wywołanych przez użycie wody kolońskiej, drzew egzotycznych (naszyjniki i bransolety), wody utlenionej. Ciekawy przypadek detatuowania opisał *Lacassagne*, stosując skaryfikację i przysypki kalium hypermang.

Coraz szersze zastosowanie soli złota pociąga za sobą, coraz liczniejsze przypadki pozłotowych zmian ogólnych a także na skórze i śluzówkach.

Gougerot dzieli pozłotowe powikłania na sześć grup: 1) natychmiastowe objawy anafilaktyczne, 2) zjawiające się po kilku godzinach lub w pierwszych dniach, toksyczne (rumienie wczesne), 3) odczyny typu Jarish - Herzheimera, występujące jako konflikt leczniczy, 4) biologiczne (tuberkolidy, liszaj czerwony), 5) toksyczne o różnem nasileniu (niedokrwistość, agranulocytoza, plamica, zapalenie nerwów lub śluzówki jamy ustnej), 6) toksyczne i anafilaktyczne późne (erytrodemia, wyprysk, swędzenie),

Opisano kilka przypadków zgorzelinowego zapalenia śluzówki jamy ustnej u osobników gruźliczych, leczonych solami złota. *Mollard* zwraca uwagę na to, że powikłania pozłotowe mogą wystąpić nawet po bardzo małych dawkach leków, a bywają poprzedzane przez takie objawy, jak swędzenie lub drobne wybroczyny. Sole nierozpuszczalne a więc zawiesiny oleiste wywołują znacznie mniej objawów ubocznych od preparatów złota rozpuszczalnych a zwłaszcza od wstrzykiwanych dożylnie. Zawiesina aurothioglikolatu sodowego zdaje się być pozbawioną całkowicie ubocznych skutków.

Liszaj czerwony płaski dalej jest przedmiotem zainteresowania dermatologów. *Gougerot* opisał szereg postaci nietypowych tego schorzenia, w których zmiany barwikowe i swędzenie (bez obecności elementów grudkowych) były objawami dominującemi. *Milian* podtrzymuje tezę o gruźliczem pochodzeniu liszaja cz. a na poparcie przytacza szereg przypadków leczonych z dobrym skutkiem tuberkuliną.

Twardzina skóry była przedmiotem doświadczeń na szczurach, którym wstrzykiwano wyciągi przytarczyczne i u których zdołano wywołać zgrubienie i stwardnienie skóry, zatrzymanie wzrostu i zaburzenia w gospodarce wapnia. Według *Leriche'a* jest to schorzenie gruczołów przytarczycznych w sensie zaburzeń w przemianie wapnia (zwalnianie wapnie związanego w układzie kostnym i deponowanie go w skórze (hyperparathyroidismus osteolyticus). Zgodnie z powyższym wynik leczniczy po zabiegu, wykonanym na nerwie sympatycznym (sympatectomia), jest daleko lepszy, jeśli połączymy go z wycięciem gruczołów przytarczycznych. Niektórzy autorzy uzyskiwali dobre wyniki po zastosowaniu zakwaszenia ustroju łącznie z chlorkiem amonu (3 gr. dziennie).

Dr. Jastrzębska.

B I B L J O G R A F J A.

J. Maisonnet. Manuel pratique d'anesthésie chirurgicale. G. Doin. 220 str. Cena 28 fr. fr.

Książka, której życzyć należy jaknajwiększego rozpowszechnienia, tembardziej, że rodzime nasze piśmiennictwo nie posiada dotychczas dzieła traktującego wyłącznie o znieczulaniu. Autor unikając wszelkiego zbytecznego balastu i rozwlekłości zgromadził na 220 stronicach wszystko, co należy wiedzieć o znieczulaniu wogóle i o jego technice. Po krótkim wstępie, poświęconym ogólnym podstawom znieczulenia, następuje kolejne omówienie *znieczulenia ogólnego* tak *inhalacyjnego,* jak *dożylnego i doodbytniczego.* Prawie połowa książki poświęcona jest *znieczuleniu miejscowemu, krzyżowemu i rdzeniowemu.* Bardzo przyjemną inowacją przytem jest przedstawienie dokładne znieczulenia przewodowego poszczególnych pni nerwowych, albowiem dotychczas w podręcznikach znieczulenia miejscowego te sprawy, pomijając okolice częstszych zabiegów, nie były omawiane. Następnie cenne wskazówki zawiera rozdział dotyczący wyboru sposobu znieczulenia oraz najodpowiedniejsze sposoby znieczulenia w poszczególnych dziedzinach operacyjnych np. w okulistyce, stomatologji etc. Jeżeli mamy mówić nietylko o zaletach, ale i o brakach, to podkreślić trzeba, że autor opiera się wyłącznie na francuskich źródłach i metodach, wobec czego daremnie szukalibyśmy np. uśpienia narcylenowego lub vinylowego, albo stosowania eteru za pomocą innych aparatów, aniżeli Ombrèdanne'a. A przecież metoda Tiegel'a zasługiwałaby na wzmiankę, bo, jak się wydaje, stanowi ona istotny postęp w stosowaniu eteru.

Są to jednak mało znaczące braki wobec

niezaprzeczalnych dużych zalet książki. Nie tylko początkujący, ale każdy, nawet doświadczony, lekarz mający styczność ze znieczulaniem z korzyścią przeczyta to dziełko, a po przeczytaniu przekona się, że jest ono dobrym doradcą i pozwala na uzyskanie szybkiej i pewnej odpowiedzi, gdy nasuwa się jakaś wątpliwość w zakresie znieczulania, zwłaszcza w codziennej pracy.

Jean Gatelier et Fr. Moutier. Therapeutique de l'ulcère gastro-duodénal. G. Doin. 1935. 240 stron. Cena 22 fr. fr.

Książka zasługująca na pierwszą nagrodę, jeżeli chodzi o zwięzłość a jednocześnie wyczerpujące i praktyczne przedstawienie przedmiotu. Oryginalność planu autorów polega na tem, że po krótkim wstępie poświęconym omawianiu ogólnych i zasadniczych faktów dotyczących choroby wrzodowej, dalszy materjał ułożyli oni kolejno, jakby zgodnie z przebiegiem choroby, zdrowieniem i wreszcie wyzdrowieniem, kończąc wskazówkami, jak ustrzec się od nawrotów. Duży dział poświęcony został *leczeniu wewnętrznemu* samej choroby wrzodowej, drugi niemniejszy leczeniu jej powikłań, przyczem znajdujemy tu obok dawnych metod i najnowsze postępowania i diety. Po uzyskaniu poprawy wyłania się pytanie, czy można uznać chorego za wyleczonego — rozwiązaniu tego zagadnienia poświęcony jest cały rozdział. Może jednak zdarzyć się, że leczenie wewnętrzne nie odniosło skutku, albo że skutek jest tylko częściowy, co czynić? Znowuż temu życiowo tak ważnemu zagadnieniu poświęcają autorzy osobny rozdział. W części drugiej spotykamy się *z leczeniem operacyjnem,* praktyczność i życiowość wykładu i tu przyjemnie zdumiewa. Po kolei zostaje omówione przygotowanie chorego do zabiegu, wybór odpowiedniej metody operacyjnej, dostosowanej jaknajlepiej do potrzeb danego przypadku, następnie postępowanie pooperacyjne, wraz z leczeniem powikłań, nawet późnych. Trudno byłoby na niewielkiej liczbie stronic zgromadzić więcej wiadomości i wskazówek. Książka powyższa powinna znaleźć się w bibljotece każdego internisty i chirurga.

Kalendarz Bezpieczeństwa i Higjeny pracy na rok 1936. Wyd. Instytutu Spraw Społecznych. 96 stron. Cena 50 gr.

Zasłużona placówka, *Instytut Spraw Społecznych* — dobrze znany czytelnikom „Wiedzy" z drukowanych regularnie w kronice informacji i wiadomości z zakresu higjeny pracy, za przykładem lat ubiegłych wydał kalendarzyk mający na celu propagandę na szerszą skalę haseł higjeny pracy i bezpieczeństwa pracy. W krótkich artykulikach dobrze napisanych i jeszcze lepiej ilustrowanych zaznajamiamy się, podobnie jak i w dawniejszych kalendarzach Instytutu, z doniosłością i wielkością strat gospodarczych i społecznych spowodowanych wypadkami, z akcją zapobiegania wypadkom, z głównemi zagadnieniami higjeny pracy i bezpieczeństwa pracy. Nowym tegorocznym działem jest artykuł poświęcony kulturze środowiska pracy. Całość mieści w sobie sporo cennych i ogółowi przeważnie nieznanych informacji i wiadomości, są też poruszone i zagadnienia czysto lekarskie, jak np. pierwszej pomocy, otruć i t. p. Należałoby życzyć, aby każdy lekarz nie tylko sam zaznajomił się z tem tak pożytecznym wydawnictwem, ale żeby przez propagowanie go, umieszczanie np. kalendarza w poczekalni i t. p. dopomógł do rozpowszechnienia tych tak ważnych i dla społeczeństwa i dla świata lekarskiego idei, o które woła już od kilku lat Instytut spraw społecznych .

HORMOSPERMIN

Wyciąg z całkowitych gruczołów płciowych męskich, kanalików nasiennych, gruczołu krokowego i gruczołu śródmiąższowego.

WSKAZANIA:



Niemoc płciowa
Zaburzenia rozwojowe
Starzenie się
Neurastenja
Wyczerpanie ustroju
Błednica u dziewcząt
Objawy przekwitania



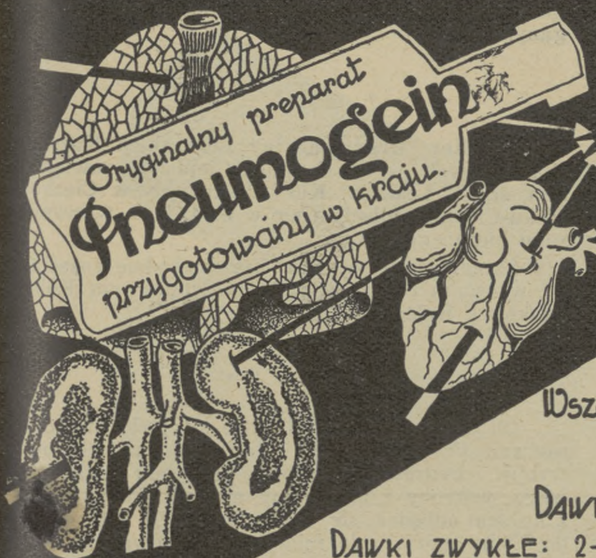
Dawka:
3 razy dziennie po 20-40 kropel.

Próby i literatura na żądanie Wpp. lekarzy.

L. WŁODARCZYK

L. NASIEROWSKI · WARSZAWA · KALISKA 9 · TELEF. 9-24-39, 9-30-42

LECZENIE DUSZNOŚCI WSZELKIEGO POCHODZENIA



Wskazania:

Rozedma płuc, Dychawica, Miażdżyca, Przewlekły nieżyt oskrzeli, Przewlekłe schorzenia sercowo-nerkowe.

Wszelkie wskazania terapji jodowej.

DAWKOWANIE:

DAWKI ZWYKŁE: 2-6 ŁYŻECZEK OD HERBATY DZIENNIE.
DAWKĘ DZIENNĄ WLAĆ DO SZKLANKI WODY OCUKRZONEJ I POPIJAĆ MAŁEMI ŁYKAMI W CIĄGU DNIA.
DAWKA DLA DZIECI – STOSOWNIE DO WIEKU.

L. WŁODARCZYK

L. NASIEROWSKI · Warszawa Kaliska 9, tel. 924-39 i 930-42. Próby i literatura na żądanie Wpp. Lekarzy.

KRONIKA

*

* *

„W dniach od 13 do 15 września 1937 r. odbędzie się w Paryżu Międzynarodowy Kongres Lekarski, poświęconv chorobom żołądkowo-jelitowym. Bezpośrednio po nim od 16 do 18 września, odbędzie się w Vichy pod przewodnictwem prof. Loepera, członka Akademji Lekarskiej, Międzynarodowy Kongres Lekarski, poświęcony niedomodze czynnościowej wątroby. Prace kongresu w Vichy podzielone zostaną między dwie sekcje: 1) sekcję terapeutyczno-rozpoznawczą(pod przewodnictwem prof. Fiessingera) i 2) sekcję terapeutyczną (pod przewodnictwem prof. Mauriaca)".

Prof. Dr. Witold Orłowski
Przewodniczący Honorowy
Kongresu.

*

* *

„Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy urządza w dniach 9 — 11 stycznia 1937 r. VI. Zjazd Lekarski.

Głównemi tematami obrad będą:

I. Schorzenia przemiany materji i ich leczenie z uwzględnieniem lecznictwa zdrojowego, oraz

II. Klinika i terapja niepłodności i niemocy płciowej.

W czasie Zjazdu odbędą się w Krynicy liczne imprezy towarzyskie i pokazy sportów zimowych.

Program szczegółowy zostanie niebawem ogłoszony. Informacyj udziela, oraz zgłoszenia odczytów i uczestnictwa przyjmuje Generalny Sekretarz Zjazdu, Dr. Mieczysław Dukiet".

*

* *

X Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się w Lizbonie, w czasie od 7 do 10 września 1936 r. pod przewodnictwem Profesora Lopo de Carvalho, Prezesa Portugalskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Program Zjazdu obejmuje trzy główne tematy:

Temat I. Biologiczny: „Obrazy radjologiczne wnęki płucnej i ich interpretacja". — Referent głównv Prof. Lopo de Carvalho (Portugalja), Koreferenci: Prof. Dr. H. Kleinschmidt (Niemcy), Dr. L. Hofbauer Austrja), Dr. H. C. Sweany (Stany Zjedn. A. P.), Prof. E. Sergent, Dr. L. Delherm et P. Cottenot (Francja), Pr. W. T. Munro (Wielka Brytanja), Prof. A. Busi, (Italja), Dr. L. Koganas (Litwa), Prof. W. Zawadowski (Polska), Dr. A. Hoffman (Czechosłowacja).

Temat II. Kliniczny: „Pierwotne zakażenie gruźlicze u młodzieży i dorosłych". — Referent główny Dr. Olaf Schel (Norwegja). Koreferenci: Dr. Redeker (Niemcy). Prof. L. Sayé i Dr. Tapia (Hiszpanja), Dr. R. E. Plunnett (Stany Zjedn. A. P.), Dr. J. Troisier (Francja), Dr. L. S. T. Burrell (Wielka Brytanja), Dr. G. Gali (Węgry), Dr. S. Irimescu i Dr. M. Nasta (Rumunja), Dr. Y. Nadelkovitch (Jugosławia), Dr. H. Ernberg (Szwecja).

Temat III. Społeczny. „Zapobieganie gruźlicy w środowisku domowem". Referent główny: Dr. Ch. J. Hatfield (Stany Zjedn.), Dr. A. Powell (Wielka Brytanja). Koreferenci: Dr. Braeuning (Niemcy), Dr. Willems (Belgja), Dr. S. Savonen (Finlandja), Dr. P. Braun i Dr. A. Bezançon (Francja), Prof. G. Breccia (Italja), Dr. N. Heitmann (Norwegja), Dr. H. R. Gerbrandy (Holandja), Dr. J. Misiewicz (Polska), Dr. L. Patricio (Portugalja), Dr. J. Morin (Szwajcarja).

Komitet Organizacyjny przygotował bardzo zachęcający program przyjęć i wycieczek, które pozwolą uczestnikom Zjazdu zapoznać się z głównemi instytucjami przeciwgruźliczemi Portugalji oraz z malowniczemi miejscowościami tego kraju, znanego z pięknej przyrody.

Członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, rzeczywiści i tytularni są wolni od wpisowego. Proszeni są o nadsyłanie zgłoszeń za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, lub też bezpośrednio do Komitetu Organizacyjnego Zjazdu w Lizbonie.

Osoby nie będące członkami Międzynarodowego Związku, a które pragną zapisać się na Zjazd jako członkowie mogą zgłaszać się jedynie za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Warszawa, ul. Karowa 31, do dnia 15-go maja r. b. — Wpisowe na Zjazd wynosi dla członków po 58 zł. od osoby, dla członków ich rodzin — po 28 zł. od osoby. Wpisowe należy wpłacać do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego jednocześnie ze zgłoszeniem.

Portugalski Komitet Organizacyjny zapewnia uczestnikom Zjazdu zniżki kolejowe i hotelowe. O zniżki na kolejach polskich poczyni starania Polski Związek Przeciwgruźliczy, jak również o ulgi paszportowe. W tym celu termin zgłoszenia podany wyżej winien być ściśle przestrzegany.

*

* *

Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku-Cieplicy, zawiadamia, że IX Lekarski Kurs Wakacyjny w Ciechocinku-Cieplicy odbędzie się w d. 4, 5, 6, września roku bieżącego.

Szczegółowy program Zjazdu będzie rozesłany w swoim czasie wszystkim Szanownym Koleżankom i Kolegom.

*

* *

Od 4 — 19 maja odbędzie się pod przewodnictwem Prof. Maurice Villaret'a kurs poświęcony terapji i hydroterapji chorób przewodu pokarmowego, wątroby i przemiany materji. W związku z kursem odbędzie się wycieczka 12, 18 i 19 maja do Vichy ,gdzie będą miały miejsce dwa ostatnie wykłady.

PROGRAM KURSU.

1) Słowo wstępne do semiologji wątroby i przewodu pokarmowego. Zależność patologji wą-

troby i przewodu pokarmowego. — Maurice Villaret. *I. Objawy i ich leczenie.* 2) Zaburzenia czuciowe. 3) Zaburzenia ruchowe — Henry Bith. 4) Zaburzenia wydzielnicze — Jean Bourgeois. 5) Niedomogi wątroby — Henri Bénard. 6) Zespół objawów żółtaczki — Henri Bénard. 7) Zaburzenia wydzielania wewnętrznego w semiologji wątrobowo - trawiennej — François Moutier. 8) Rola czynnika wątrobowo - wrotnego w równowadze krążenia i w diurezie — Maurice Villaret. 9) Zespół objawów nadciśnienia w żyle wrotnej — Maurice Villaret. 10) Krwotoki przewodu pokarmowego — Henry Bith. 11) Terapja w ramach gastroskopji — François Moutier. 12) Biegunki — François Moutier. 13) Obstrukcje. Zespół objawów jelitowo - nerkowych — Fr. Saint Girons. *II. Schorzenia i ich leczenie.* 14) Gastritis — François Moutier. 15) Raki przewodu pokarmowego — R. Wahl. 16) Wrzód żołądka i dwunastnicy — Maurice Villaret. 17) Terapja wrzodu żołądka i dwunastnicy — Maurice Villaret. 18) Zapalenie wyrostka robaczkowego — Fr. Saint Girons. 19) Zapalenia jelita grubego — François Moutier. 20) Dysenterje — Henry Bith. 21) Jelita gruźlików i gruźlica jelit. Gruźlica wątroby — Maurice Villaret. 22) Schorzenia pasorzytnicze przewodu pokarmowego — Henry Bith. 23) Schorzenia prostnicy i odbytu — François Moutier. 24) Kiła przewodu pokarmowego i wątroby — René Cachera, 25) Pełzakowatość, bąblowiec i ropnie wątroby — Henri Bénard. 26) Wątroba alkoholików — Maurice Villaret. 27) Zapalenia wątroby toksyczne i zakaźne i ich następstwa — Henri Bénard. 28) Zaburzenia krążenia w wątrobie — Roger Even. 29) Kamica żółciowa niepowikłana — Henri Bénard. 30) Powikłania w kamicy żółciowei — Henri Bénard. 31) Opoterapja wątrobowa — Maurice Villaret. 32) Perivisceritis — François Moutier. 33) Stany tarczycowe — L. Justin - Besançon. 34) Otyłość. Dna. Stany przedkamicowe — Maurice Bariety. 35) Cukrzyca zwykła — L. Justin - Besançon. 36) Kwasica cukrzycowa — L. Justin - Bensançon. 37) Schorzenia trzustki — René Cachera. *III. Hydroterapja.* 38) Uwagi ogólne o terapji w stanach przedkamicowych i w dnie — Maurice Villaret. 39) Uwagi ogólne o terapji i hydroterapji w chorobach przemiany materji — L. Justin - Besançon.

Wpisowe wynosi 200 franków.

Wszelkich informacji udziela: *Laboratoire d'Hydrologie et Climatologie Thérapeutiques de la Faculté de Medicine de Paris.*

*
* *

W dniach od 7 — 21 września 1936 r. odbędzie się w Atenach VIII międzynarodowy kurs dla lekarzy pod wysokim protektoratem J. K. M. Króla Grecji i pod opieką Uniwersytetu Ateńskiego oraz Ministra Hygieny Grecji. Omawiane będą aktualne tematy z dziedziny diagnostyki i terapji.

Tymczasowa lista prelegentów:

Choroby tropikalne i zakaźne. R. T. Leiper, Londyn, J. Gordon Thomson, Londyn, Sir. M. Watson, Londyn, J. Bordet, Bruksela, E. Marchoux, Paryż, F. d'Hérelle, Paryż, K. Todorovitch, Belgrad, J. Valtis, Ateny, C. Levaditi, Paryż, Philipp H. Manson - Bahr, Londyn, R. Loewenstein, Wiedeń.

Chirurgja. Sir. H.. Gillies, Londyn, A. H. Mc. Indoe, Londyn, J. Delchef, Bruksela, R Leriche, Srasburg, C. P. G. Walkeley, Londyn, R. Nissen, Stambuł.

Schorzenia serca i naczyń. P. Rijlant, Bruksela, C. Heymans, Gandawa, V. Arnoljevic, Belgrad.

Rak. A. P. Dustin, Bruksela, P. Mendelyeff, Bruksela, F. Blumental, Belgrad, J. H. Thomson, Londyn.

Tematy dowolne. M. De Laet, Bruksela. G. Cambrelin, Bruksela, I. Joliot - Curie, Paryż, F. Joliot - Curie, Paryż, F. M. Messerli, Lozanna, Mathieu Pierre - Weil, Paryż, A. J. D. Cameron, Tunbridge Wells, Folke Henschen. Stockholm, Lina Stern, Moskwa, P. Chevalier, Paryż.

Dermatologja i Syfilidologja. A. Besseman, Gandawa, B. Dujardin, Bruksela, L. M. Pautrier, Strasburg.

Kurs ten posiada podwójne znaczenie, tak medyczne, jak i archeologiczne, gdyż współudział znanych archeologów francuskich, belgijskich i angielskich zapewni jego uczestnikom należyte zwiedzenie zabytków starożytnej Grecji a mianowice: Aten, Delfów, Korfu, Krety, Mycen, Sparty i t. d.

Wszelkich informacji udziela Sekretarjat Generalny: *L. W. Tomarkin,* Faculté de Médicine, *115 Boulevard de Waterloo, Bruxelles, Belgique.*

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.